Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 46. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

O. Bollinger, München. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. M. v. Schleiss, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 34. 22. August 1893. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 46. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. 40. Jahrgang.

Originalien.

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Erlangen.

Ueber Nephritis der Schwangeren und Kreissenden.

Von Dr. *August Volkmar.*

Die Nephritis gravidarum gilt als eine gerade nicht selten vorkommende, aber wenig gekannte Erkrankung und hat deshalb immer wieder das Interesse klinischer Beobachter auf sich gelenkt.

So hat die Nephritis gravidarum vor Jahrzehnten bereits Bearbeiter wie Scanzoni, Braxton Hicks, Ingerslev, Hofmeier u. a. gefunden. Im letzten Jahrzehnt sind noch eine Anzahl casuistischer Mittheilungen über die fragliche Krankheitserscheinung erschienen.

Im Hinblick auf die durch die Centrifuge gewonnenen Resultate in der Harnuntersuchung dürfte es sich lohnen, aufs Neue dieser merkwürdigen, betreffs Aetiologie noch vollständig dunklen Erkrankung der Nieren in der Schwangerschaft näher zu treten.

Das Material der Erlanger Entbindungsanstalt eignet sich insofern ausgezeichnet zu einer Untersuchung des fraglichen Themas, da Schwangere bereits 1—2 Monate vor der Entbindung in die Anstalt aufgenommen werden, so dass ich schon während der Gravidität mehrmalige Untersuchungen des Urins machen und pathologische Veränderungen jederzeit verfolgen konnte.

Die mikroskopische Untersuchung wurde wesentlich erleichtert durch die Benützung der vor einiger Zeit von Litten neu eingeführten Centrifuge.

War es früher erst nach 24 Stunden möglich, das Sediment eines Urins mikroskopisch zu untersuchen, so konnte ich sofort nach Entnahme des Urins nach ca. 3—4 Minuten, während welcher Zeit der Urin mit der Centrifuge geschleudert wurde, die mikroskopische Untersuchung anstellen. Es ist dies eine Erleichterung, die nur derjenige zu schätzen weiss, der früher das Sediment eines 24 Stunden lang gestandenen Urins untersuchte und jetzt bereits nach 4 Minuten ein gleiches Sediment vor sich sieht.

Abgesehen von der Bequemlichkeit und Erleichterung betreffs Bestimmung der Diagnose, ist das mikroskopische Bild eines centrifugirten Urins ein ungleich reineres, klareres gegenüber dem eines 24 Stunden gestandenen. Durch die Centrifuge wird man auch vor der irrthümlichen Annahme von Cylinder geschützt, welche wurstförmigen, cylindrischen Anordnungen feiner Molecüle, die sich meist in zersetztem Harn vorfinden und einer feinkörnigen Präcipitation von Eiweiss, Schleim u. dgl. ihre Entstehung verdanken.

Die Literatur ist so umfangreich, die früheren Hypothesen so veraltet, dass ich nur auf die in neuerer Zeit erschienenen Arbeiten zurückgreife; die Ansichten der älteren Autoren finden wir in den Schriften der jüngeren wieder.

Zunächst tritt wohl die Frage nach der Häufigkeit der Albuminurie bei Schwangeren überhaupt an uns heran.

Bartels' Wahrscheinlichkeitsberechnung ergab 1 Nephritis gravidarum auf 136 Schwangerschaften.

Lever: 50 Schwangere θ Nephritis.

Devilliers und Regnault bei einer grossen Anzahl θ Nephritis.

Dagegen fanden Albuminurie:

	Schwangere	Albumin.		Schwangere	Albumin.
Blot	205	41	Brynbery Porter	60	1
L. Mayer	106	5	Elliot	422	22
Litzmann	79	16	L. Meyer	1124	61
Scanzoni	98	8	Ingerslev	600	36
Winckel	104	10	Flaischlen	1000	26
Br. Hicks	100	1			

Vergleichen wir die Untersuchungen, welche während der Geburt selbst gemacht wurden, so fanden:

Möricke	bei 100	Kreissenden	37	Albuminurie
Ingerslev	„ 153	„	50	„
L. Meyer	„ 1124	„	570	„
Flaischlen	„ 537	„	93	„

Und zwar wurde nachgewiesen, dass Erstgebärende in höherem Procentsatz befallen wurden als Mehrgebärende.

Die Dauer der Geburt hatte einen deutlichen Einfluss.

Wenden wir uns nun der Aetiologie der Nephritis gravidarum zu, so liegen eine Reihe von Erklärungen vor, die sowohl Gegner als Vertheidiger gefunden haben.

Ingerslev unterscheidet eine renale Albuminurie mit Cylinder und einen Katarrh der Harnwege bei Albuminurie ohne Cylinder.

Das Phänomen erklärt Ingerslev durch zwei Factoren: Druck der Gebärmutter gegen die Nierengefässe und die während der Schwangerschaft veränderte Blutmischung, die Hydrämie.

Als Anhänger dieser Hypothese erklärt sich Möricke, indem er behauptet: „Die Stauung ist die Genese, das ätiologische Moment der meisten in der Schwangerschaft entstandenen Nephritiden.“

Ueberhaupt stellt Möricke nicht die Diagnose auf Nephritis, sondern nur auf Nierenaffection: geringe Ernährungsstörungen der Nieren, das sagen Albuminurie und Cylinder; dass aber die Structurveränderungen nur ganz oberflächliche sein konnten, dafür lieferte der Verlauf den untrüglichsten Beweis. Nur wo neben hyalinen auch granulirte Cylinder vorkamen, dauerte die Restitutio ad integrum länger.

Als Beweis für den intraabdominellen Druck führt Möricke an: enges Becken, starke Ausdehnung des Leibes, kräftige Frucht.

Rosenheim spricht von Nierenhyperämie, die nichts mit Entzündung zu thun hat. Er legt ein wesentliches Gewicht auf den uterinen Druck als Ursache der Albuminurie.

Ein ganz bedeutendes Gewicht legen die Anhänger der Stauungstheorie auf das Vorkommen der Schwangerschafts-Nephritis bei der Zwillingsschwangerschaft.

Litzmann behauptet, Albuminurie sei eine ganz constante Complication bei Zwillingsschwangerschaft und geht soweit, den Mangel an Eiweiss im Urin als direct gegen Zwillingsschwangerschaft sprechend geltend zu machen.

Andere Vertreter dieser Theorie sind: Frerichs, Litzmann, Lange, Hohl, v. Bamberger; Halbertsma insofern, als er die Albuminurie durch Compression der Ureteren entstehen lässt.

Gegen diese Stauungstheorie treten verschiedene Autoren auf:

Bartels läugnet die Annahme einer Stauungstheorie, da im Bauche noch grössere Geschwülste vorkämen. Ebenfalls Spiegelberg; schon früher in England Braxton Hicks und Robert Barnes.

Flaischlen hat 28 Gravidae mit Abdominaltumoren untersucht, unter denen er in 3 Fällen Albuminurie, in 2 Fällen Albuminurie mit Cylindern im Sediment fand.

Schröder und Peters leiten die Erkrankung aus der in der Schwangerschaft vermehrten Nierenthätigkeit ab: „erhöhte Arbeit und verstärkte Blutzufuhr sollen Schuld sein an der Häufigkeit der entzündlichen Affectionen".

Leyden erklärt die durch die Schwangerschaft bedingte Nierenaffection als eine durch mechanische Circulationsstörungen hervorgerufene Beeinträchtigung der Function und der anatomischen Structur in der Niere. Das anatomische Verhalten der Nierenaffection entspricht nach Leyden nicht einer venösen Stauung, sondern einer Verfettung der Epithelien durch Circulationsstörung. Was die klinisch-diagnostische Seite anbetrifft, so hält Leyden das Vorkommen von Fettkörnchenzellen für besonders charakteristisch für die Diagnose der Schwangerschaftsniere.

Spiegelberg lässt die Nierenentzündung der Schwangeren auf vasomotorischem Wege entstehen: „Der Uterus übt einen Reflexreiz auf die Gefässnerven der Nieren aus, die Gefässe contrahiren sich, es kommt zu einem Gefässkrampf und dadurch zur Ernährungsstörung und Entzündung des Organs."

Die gleiche Ansicht theilt Cohnheim, welcher die theoretisch aufgestellten Krämpfe der Nierenarterien als Erklärungsgrund für die Entstehung der Nierenaffection ansieht.

Schliesslich behauptet Behm, dass jede Schwangerschaft von Albuminurie begleitet sei.

Was nun die Albuminurie während der Geburt anbetrifft, so hält Werth eine Uebertragung des in den Nervenbahnen und Centren des Uterus herrschenden Reizzustandes auf die Gefässnerven der Nieren zwecks Hervorrufen von Albuminurie während der Geburt für wahrscheinlich.

Ingerslev bezweifelt, dass eine wahre, renale Albuminurie während der Geburt entstehen könne. Allein Flaischlen und und Möricke haben, wie Werth, das Gegentheil bewiesen.

Den Vorwurf, dass Cylinder nicht so rasch sich bilden könnten, weisen Weissgerber und Perls zurück, indem sie an ihren Versuchsthieren Cylinder schon nach wenigen Stunden nachwiesen.

Bei Cholerakranken zeigen sich schon nach einem Anfall Cylinder im Harn.

Möricke erklärt dies nach seiner Weise, dass diese Erscheinung eben auch wie bei der Stauung auf Ischämie der Nieren, d. h. auf einer mehr oder weniger vollständigen Unterbrechung oder Hemmung der arteriellen Zufuhr in Folge des Sinkens, resp. Schwindens des Blutdruckes beruhe.

Symptome macht die Schwangerschaftsnephritis sehr selten; die so oft zur Stellung der richtigen Diagnose herbeigezogenen Oedeme fehlten bisweilen bei der typischen Schwangerschafts-Nephritis. Der Verlauf ist folgender:

Ist Albuminurie ohne Cylinder während der Geburt entstanden, so verschwindet dieselbe in den ersten Tagen des Puerperiums, wenn sie nicht allzu bedeutend gewesen war, während der Verlauf für die schon in der Schwangerschaft beobachteten Fälle von Albuminurie ein langwieriger war (Leopold Meyer).

Ingerslev gleich Hofmeier und Litzmann erklären, die Albuminurie in der Schwangerschaft könne in chronische Nephritis übergehen.

Löhlein zweifelt daran, dass aus der Schwangerschafts-Nephritis eine chronische Nephritis sich entwickeln könne.

Bartels führt an, dass die nach der Geburt so wesentlich veränderten Circulationsverhältnisse einen entzündlichen Process in den Nieren schnell restituiren können, gegenüber dem grossen Gewicht, welches auf das ungefähr gleichzeitige Aufhören der Schwangerschaft und der Albuminurie als Beweis der vom Druck bedingten venösen Stase gelegt worden ist.

Leyden hält ebenfalls den Uebergang in chronische Nephritis nicht für erwiesen. Die Prognose ist nach Hofmeier sehr schlecht im Gegensatz zu den Anschauungen von Rosenheim und Bartels. Hofmeier starben $^1/_3$ der an Nephritis Erkrankten. Deshalb halten Hofmeier wie Litzmann die Schwangerschaftsnephritis vor der Niederkunft für nicht heilbar.

Ingerslev giebt als seine Erfahrung an: Die Prognose einer in der Schwangerschaft entdeckten Albuminurie ist besonders unsicher für den Verlauf der Schwangerschaft zu stellen.

Mayer hält die Prognose der schon in der Schwangerschaft beobachteten Albuminurie mit Cylindern mit Rücksicht auf die spätere Restitutio ad integrum für sehr zweifelhaft. Leopold Meyer's Untersuchungen ergaben, dass die Albuminurie in den meisten Fällen bald nach der Geburt verschwindet, in wenigstens der Hälfte der Fälle vor Ablauf des 4. Tages. Doch dauert es auch länger und zwar je mehr Albumen, desto längere Zeit zur Ausheilung. Die Prognose, normale Beendigung der Schwangerschaft betreffend, stellt L. Meyer sehr ungünstig. Wo Albuminurie mit Cylindern in der Schwangerschaft, da Neigung zu Frühgeburt.

Als Ursache der Unterbrechung der Schwangerschaft oder des frühzeitigen Absterbens der Frucht, führt P. Müller jene viel beschriebenen Veränderungen in der Placenta an, welche man als weissen Infarkt bezeichnet hat.

Nach dem Absterben der Frucht und noch vor der Geburt derselben soll nach Freeland Barbour der Eiweissgehalt des Urins zurückgehen. In anderen Fällen kommt es zur vorzeitigen Lösung der Placenta, wodurch jene starken, für die Mutter so gefährlichen inneren Blutungen eintreten.

In noch anderen Fällen und zwar mehr in Folge der acut auftretenden als der langsam verlaufenden Form der Schwangerschaftsnephritis, treten die Puerperalconvulsionen mit ihren bekannten Ausgängen auf. (P. Müller.)

Bezüglich der geburtshülflichen Therapie der Schwangerschaftsnephritis wird von einigen, namentlich von Schröder, die frühzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft anempfohlen.

P. Müller tritt dagegen auf, indem er in Anbetracht der Seltenheit der ungünstigen Ausgänge den operativen Eingriff nicht für gerechtfertigt hält, um so weniger, als der befürchtete Ausbruch der Eklampsie auch durch die künstliche Frühgeburt hervorgerufen, somit die Hauptgefahr nicht beseitigt werden kann. Nur bei das Leben der Mutter bedrohenden Erscheinungen, wie hydropischen Ergüssen, suffocatorischen Erscheinungen etc. dürfte die künstliche Frühgeburt indicirt sein.

Wir sehen also, an Untersuchungen über das Verhalten des Harns bei Schwangeren fehlt es nicht, aber die Resultate stimmen nicht überein.

Um eigene Beiträge zu dieser Frage zu liefern, habe ich 60 Schwangere untersucht; die Beschaffenheit des Urins wurde zu verschiedenen Zeitpunkten in der Schwangerschaft controllirt.

Der Urin wurde unter streng anti- und aseptischen Cautelen vermittelst Katheter entnommen.

Für die Untersuchung auf Eiweiss wählte ich die Kochprobe und die Probe mit Essigsäure und Ferrocyankalium. Sämmtliche Urine wurden mit beiden Proben untersucht, um Täuschungen vorzubeugen; beide Proben gaben in den betreffenden Fällen gleiches Resultat.

Die Schleuderung des Urins vermittelst der Centrifuge dauerte 4—8 Minuten.

Bei den von mir untersuchten 60 Schwangeren fand sich:
Urin ohne Eiweiss bei 17;

Albuminurie ohne Cylinder:

a) schon in der Schwangerschaft constatirt bei 6 Schwangeren,

b) erst intra partum bei 16 Kreissenden;

Albuminurie mit Cylindern:

a) schon in der Schwangerschaft bei 7 Gravidae,

b) erst intra partum bei 12 Kreissenden;

Albuminurie complicirt mit gonorrhoischer Cystitis bei 2 Schwangeren.

Sehen wir von den 2 letztgenannten völlig ab, so bleiben 41 Frauen, deren Nieren in Folge der Schwangerschaft und Geburt erkrankt waren, und zwar 22 leichte Erkrankungen und 19, bei denen wir eine deutliche Läsion der Nieren durch Nachweisen von Harncylindern gefunden haben.

Die leichteren sowohl wie die schwereren Fälle habe ich in 2 Kategorien eingetheilt, je nachdem die Nierenaffection sich schon in der Schwangerschaft oder erst während der Geburt zeigte.

Im Folgenden werde ich auch beide Kategorien getrennt behandeln.

Unter den 6 Frauen, bei denen schon in der Schwangerschaft Albumen nachgewiesen wurde, befanden sich 2 Erstgebärende, 2 Zweitgebärende und 1 VIpara.

Diese leichteren Fälle waren charakterisirt durch folgende Momente:

Was die Menge des Albumens anbetrifft, so war sie gering während der Schwangerschaft, um sich aber gegen Ende der Gravidität und besonders während des Geburtsactes selbst bedeutend zu steigern. Das Verschwinden des Eiweisses ging überraschend schnell von statten. Kaum 2—4 Tage vergingen, und das Eiweiss war verschwunden. Nach dieser Zeit nahm der Urin der Wöchnerinnen seine normale Beschaffenheit wieder an.

Das mikroskopische Bild zeigte uns in allen Fällen ein analoges Resultat. Neben fettig degenerirten Rundzellen kamen ebenfalls verfettete, abgestossene Epithelien der Sammelröhren, der Nierenbecken, der Ureteren und der Blase, endlich eine meist nicht unbeträchtliche Menge weisser Blutkörperchen vor. Rothe Blutkörperchen fehlten ganz oder wurden nur in ganz vereinzelten Fällen gesehen.

Eklampsie trat in keinem dieser Fälle auf. Die Schwangerschaft wurde nicht vorzeitig unterbrochen, sie erreichte ihr normales Ende.

Von dem Gesichtspunkte ausgehend, dass das Moment, welches besonders die Albuminurie als Ausdruck einer Nephritis stempeln muss, das Vorkommen von Harncylinder sei, müssen uns diejenigen Fälle besonders interessiren, bei denen mit Bestimmtheit Harncylinder nachgewiesen sind.

Es waren dies 19 Fälle und zwar 7 reine Schwangerschaftsnieren, bei denen also schon in der Schwangerschaft Harncylinder nachgewiesen wurden, und 12 sogenannte Geburtsnieren.

Von diesen 19 Frauen hat keine mit Ausnahme von einer, welche luetisch war, an constitutionellen Krankheiten weder in der Schwangerschaft noch im Puerperium gelitten, keine hat hohe Temperaturen gezeigt.

Die chemische wie mikroskopische Untersuchung wurde während der Schwangerschaft von 8 zu 8 Tagen, während des Puerperiums täglich bis zum 10. Tage nach der Entbindung fortgesetzt, an welchem Tage die Entlassung der Wöchnerin erfolgte.

Die Geburtsgeschichte der 7 Schwangerschaftsnieren will ich kurz mittheilen:

1) F., 32 Jahre alt, IIpara; mit 18 Jahren menstruirt, regelmässig, letzte Regel Ende September 1891.

Kommt 20. VI. 92 zur Aufnahme, hat hochgradige Oedeme an beiden Unterextremitäten, starkes Oedem beider Labien und des Schambogens, Oedeme sollen schon seit längerer Zeit bestehen; während ihrer ersten Schwangerschaft hat sie nur Oedeme der Labien gehabt.

Untersuchung des Urins ergab: hoher Eiweissgehalt, vereinzelte hyaline Cylinder mit adhäsiven, verfetteten Nierenepithelien, zahlreiche Leukocyten und Plattenepithelien.

26. VI. Spontangeburt. Gewicht des Kindes 2090 g, Länge 51 cm. Dauer der Geburt $8^1/_2$ Stunden.

Während der Geburt Untersuchung des Urins: sehr trüber Urin, sehr zahlreiche hyaline und gekörnte Cylinder mit verfetteten Epithelien besetzt.

Urin wird täglich untersucht. Trübung des Urins nimmt bedeutend ab, sonstiger Befund in den ersten 7 Tagen derselbe wie am 1. Tage nach der Entbindung. Oedeme waren am 2. Tage nach der Entbindung fast vollständig zurückgegangen.

6. VII. 92. Urin nicht mehr trübe, geringer Eiweissgehalt, wenig hyaline Cylinder, zum Theil sehr zerfallen, wenig verfettete Epithelien und Leukocyten.

7. VII. Entlassung der Wöchnerin auf Wunsch. Mutter und Kind gesund, Gewicht des letzteren beim Fortgange 3050 g.

2) D., 29 Jahre alt, Vpara; mit 17 Jahren menstruirt, regelmässig, letzte Regel 1. October 1891.

Kommt am 2. VII. 92 zur Aufnahme, hat geringe Oedeme an beiden Unterschenkeln.

Untersuchung des Urins ergab: geringer Eiweissgehalt, einzelne hyaline Cylinder besetzt mit verfetteten Nierenepithelien, wenig zahlreiche Leukocyten und Plattenepithelien.

10. VII. Vermehrter Eiweissgehalt, stark flockiger Niederschlag, ziemlich zahlreiche hyaline Cylinder mit Nierenepithelien besetzt, Leukocyten und Plattenepithelien.

12. VII. Spontangeburt. Dauer der Geburt 11 Stunden. Gewicht des Kindes 3090 g, Länge 50 cm.

Untersuchung des Urins ergab: bedeutender Eiweissgehalt, zahlreiche hyaline Cylinder mit fettig degenerirten Nierenepithelien besetzt, sonst freie verfettete Epithelien allerlei Gestalt, Leukocyten.

Tägliche Untersuchung fortgesetzt. Eiweissgehalt nimmt von Tag zu Tag ab, Cylinder zerfallen und verschwinden ganz.

Am 17. VII. 92 bereits keine Spur von Cylinder; Eiweissmenge unbedeutend.

Am 18.—22. VII. weder Eiweiss noch Cylinder.

Am 22. VII. Entlassung der Wöchnerin. Mutter und Kind gesund, letzteres wog bei der Entlassung 3230 g.

3) G., 24 Jahre alt, IIIpara; 1. Regel mit 15 Jahren, letzte Regel vor Weihnachten. Oedeme nicht vorhanden.

Aufnahme am 27. VII. 92.

Untersuchung des Urins ergab: geringer Eiweissgehalt, wenig Leukocyten, verfettete Epithelien, Cylinder zweifelhaft.

3. VIII. Eiweissgehalt nicht bedeutender, wenig Leukocyten, vereinzelte hyaline Cylinder mit adhäsiven verfetteten Nierenepithelien.

22. VIII. Status idem.

13. IX. Eiweissgehalt bedeutender, verfettete Epithelien zahlreicher, eine Reihe hyaliner Cylinder.

22. IX. Spontangeburt. Dauer derselben 6 Stunden. Gewicht des Kindes 2650 g, Länge 50 cm.

Untersuchung des Urins ergab: flockiger Niederschlag von Eiweiss, eine Reihe breiter und schmaler hyaliner Cylinder, theilweise mit verfetteten Nierenepithelien besetzt, sehr zahlreiche Leukocyten und freie verfettete Epithelien.

Resultat der Untersuchung bis 25. IX. dasselbe mit Abnahme des Eiweissgehaltes und der Zahl der Cylinder.

26. IX. weder Eiweiss noch Cylinder zu constatiren.

2. X. Entlassung der Wöchnerin. Gewicht des Kindes 2790 g.

4) I., 22 Jahre alt; IIpara; 1. Regel mit 16 Jahren, letzte Regel unbestimmt.

Aufnahme am 9. VIII. Geringe Oedeme an beiden Unterschenkeln.

Untersuchung des Urins ergab: sehr geringer Eiweissgehalt, vereinzelte hyaline Cylinder mit fettigem Detritus besetzt, wenig Leukocyten, sehr zahlreiche verfettete Epithelien.

18. VIII. Spontangeburt. Dauer derselben 10 Stunden. Gewicht des Kindes 3085 g, Länge 50 cm.

Untersuchung des Urins während der Geburt wurde leider unterlassen.

Untersuchung 8 Stunden post partum ergab: stark flockiger Niederschlag, vereinzelte granulirte Cylinder, eine Reihe hyaliner Cylinder mit adhäsiven verfetteten Nierenepithelien, zahlreiche Leukocyten und verfettete Epithelien.

Nachweis von Cylindern war nur bis zum 21. VIII. zu constatiren.

Am 25. VIII. Urin ohne Eiweiss und Cylinder.

28. VIII. Entlassung der Wöchnerin. Mutter und Kind gesund. Kind wog bei der Entlassung 3260 g.

5) M., 23 Jahre alt, IIpara; 1. Regel mit 19 Jahren, letzte Regel am 24. II. 92. Oedeme nur am rechten Unterschenkel, wenig verengtes Becken.

Aufnahme am 13. IX. 92.

Untersuchung des Urins ergab: geringer Eiweissgehalt; eine Reihe hyaliner Cylinder mit Fettanhäufungen, wenig Leukocyten und verfettete Epithelien. Weitere Untersuchungen in der Schwangerschaft ergaben dasselbe Resultat.

14. X. Spontangeburt eines todten Fötus (Lues).

Untersuchung des Urins ergab: flockiger Niederschlag von Eiweiss, zahlreiche granulirte und hyaline Cylinder, Leukocyten und verfettete Epithelien.

Tägliche Untersuchungen, Eiweissgehalt und Cylinder verschwinden allmählich.

17. X. Nur noch geringe Trübung von Eiweiss im Urin, fast kein Sediment, wenig Leukocyten, keine Cylinder.

19. X. Weder Eiweiss noch Cylinder.
24. X. Entlassung der Wöchnerin.

6) H., 23 Jahre alt, II para; 1. Regel mit 21 Jahren, letzte Regel im December 1891. Starke Oedeme an beiden Unterextremitäten. Becken einfach platt.

Aufnahme am 2. IX. 92.

Untersuchung des Urins ergab: milchige Trübung, wenig Leukocyten und verfettete Epithelien, Cylinder zweifelhaft.

15. IX. Status idem. Vereinzelte hyaline Cylinder.

3. X. Sehr stark flockiger Niederschlag von Eiweiss; zahlreiche breite granulirte Cylinder, schmale hyaline Cylinder mit adhäsiven verfetteten Nierenepithelien, Leukocyten und Epithelien.

9. X. Entbindung. Gesichtslage, Wendung und Extraction. Dauer der Geburt 16 Stunden. Gewicht des Kindes 3580 g, Länge 54 cm.

Untersuchung des Urins: sehr starker Eiweissgehalt, zahlreiche granulirte und hyaline Cylinder, Leukocyten und verfettete Epithelien.

Untersuchung täglich fortgesetzt. Eiweissmenge und Zahl der Cylinder ging zurück.

Am 18. X. nur noch geringe Trübung von Eiweiss im Urin, keine Cylinder.

Am 19. X. Bei der Entlassung der Wöchnerin weder Eiweiss noch Cylinder. Gewicht des Kindes bei der Entlassung 3640 g.

7) H., 23 Jahre alt, II para; 1. Regel mit 19 Jahren, letzte Regel vor Weihnachten. Oedeme fehlen. Einfach plattes Becken.

Aufnahme 1. X. 92.

Untersuchung des Urins ergab: stark flockiger Niederschlag von Eiweiss im Urin, vereinzelte hyaline Cylinder, zahlreiche Leukocyten und verfettete Epithelien.

6. X. Entbindung. Wendung und Extraction wegen vorgefallener Nabelschnur. Dauer der Geburt 9 Stunden. Gewicht des Kindes 2940 g, Länge 54 cm.

Untersuchung des Urins ergab: stark flockiger Niederschlag von Eiweiss; zahlreiche breite und schmale hyaline Cylinder mit verfetteten Nierenepithelien besetzt und mit Fettanhäufungen, breite granulirte Cylinder, Leukocyten und verfettete Epithelien.

Abnahme des Eiweissgehaltes und der Zahl der Cylinder bis zum 9. X.

10. X. Nur noch geringer Eiweissgehalt, keine Cylinder.
11. X. Weder Eiweiss, noch Cylinder.
14. X. Entlassung der Wöchnerin. Gewicht des Kindes beim Fortgang 3050 g.

Eine nähere Betrachtung dieser 7 Fälle in Bezug auf die verschiedenen Verhältnisse, welchen gewöhnlich Bedeutung für die Schwangerschaftsalbuminurie beigelegt wird, zeigt folgendes:

5 Schwangere waren II parae, 1 war III para, 1 war V para.

Mehr weniger starke Oedeme an den unteren Extremitäten fanden sich bei 5 Frauen, bei 2 fehlten sie gänzlich.

Chronische Herzleiden wurden bei keiner gefunden.

Vergleichen wir nun die aufgestellten Hypothesen betreffs Aetiologie der Schwangerschaftsnephritis.

Die Drucktheorie stützt sich besonders auf das Vorkommen der Albuminurie bei Erstgebärenden mit der straffen, unnachgiebigen Bauchwand.

Meine vorliegenden Untersuchungen bekräftigen nicht diese Annahme, indem unter den 7 typischen Schwangerschaftsnephritiden überhaupt keine Primipara sich befand.

Ein Moment freilich, was als ein Argument für die Drucktheorie angeführt wird, nämlich die zunehmende Häufigkeit der Albuminurie beim Fortschreiten der Schwangerschaft, kann ich in vollem Maasse bestätigen. Auch in den vorliegenden Fällen trat die Albuminurie, wenn auch nicht eine regelmässige Progression mit den Schwangerschaftsmonaten zeigend, doch besonders stark in deren letzter Zeit auf. Es fehlt jedoch auch nicht an Beispielen eines frühen Auftretens der Albuminurie, wo also der Druck nicht in Betracht kommen kann, so z. B. führte Rob. Barnes einen Fall, Ingerslev 2 Fälle aus Lond. med. Records an.

Als die Drucktheorie bestätigend wird endlich das häufige Vorkommen der Albuminurie bei Zwillingsschwangerschaft, grossem Kinde und überhaupt bedeutender Ausdehnung der Gebärmutter genannt.

In Bezug auf das erste Moment sollte ja nach Litzmann die Albuminurie eine constante Complication bei Zwillingsschwangerschaft sein; meine freilich nur eine Untersuchung von Zwillingsschwangerschaft stimmt hiemit nicht überein, es wurde keine Albuminurie gefunden, obwohl colossale Oedeme der Unterextremitäten, der Labien, des Schamberges vorhanden waren. Die Unterextremitäten zeigten elephantiastisches Aussehen. In der Geburt steigerten sich die Oedeme der Labien bis Kindskopfgrösse, und trotzdem war kein Eiweiss im Urin zu constatiren. Gegen das grosse Gewicht, welches auf das ungefähr gleichzeitige Aufhören der Schwangerschaft und der Albuminurie als Beweis der durch Druck bedingten venösen Stase gelegt worden ist, führt Bartels an, dass dies insofern nicht entscheidend sei, als die nach der Geburt so wesentlich veränderten Circulationsverhältnisse wohl auch zur Folge haben könnten, dass ein entzündlicher Process in den Nieren schnell restituirt werden könnte. Das Aufhören des Nierenleidens mit der Schwangerschaft beweise nichts anderes, als dass die Schwangerschaft dessen Ursache gewesen ist.

Diese Lehre von dem schnellen Aufhören der Schwangerschaftsalbuminurie nach der Geburt hat bisher fast allgemeine Gültigkeit gehabt.

Eine weitere Hypothese neuerer Zeit von Flaischlen möge hier noch Platz finden, welcher annimmt, dass durch den graviden Uterus reflectorisch Nierenanämie ausgelöst werde, deren Symptome sich mit denen der Schwangerschaftsniere decken.

Weitere Hypothesen anzuführen halte ich für zwecklos, da es eben nur Hypothesen sind, für welche sichere Beweise durchaus fehlen.

Der offenbare ätiologische Zusammenhang zwischen der Gravidität und dem Leiden harrt noch der Deutung.

Symptome zeigte unter meinen Fällen keine einzige Schwangerschaftsniere, auch Oedeme kamen nicht bei allen Fällen vor. Ueber Complicationen der Schwangerschaft mit Eklampsie kann ich nicht berichten, da unter den 60 Schwangeren, welche von mir untersucht wurden, keine Eklampsie auftrat, obgleich oft ein beträchtlicher Eiweissgehalt im Urin zu constatiren war.

Der Verlauf der Schwangerschaftsniere war ein in allen Fällen überraschend günstiger. In Zeit von 5—10 Tagen post partum waren Eiweiss wie Cylinder verschwunden, und zwar je mehr Eiweissgehalt im Urin, desto längere Zeit zur Ausheilung war nothwendig, gleichwie Leopold Meyer diesen Befund bei seinen Untersuchungen constatirt hat.

Treten wir der gewichtigen Frage näher, ob die Schwangerschaftsnephritis in eine chronische Nephritis übergehen kann, so kann ich erklären, dass in keinem meiner Fälle ein protrahirter Verlauf der Nierenstörung zu finden war.

Meiner Ansicht nach ist diese Frage nur durch exacte Untersuchungen schon im frühen Beginn der Schwangerschaft und besser noch vor Beginn der Schwangerschaft zu lösen, um der Vortäuschung einer Schwangerschaftsnephritis durch eine schon vor oder in der Gravidität entstandenen chronischen Nephritis zu begegnen. Welche Schwierigkeiten sich einer solchen Untersuchung entgegenstellen würden, möchte Jedem einleuchten. Die Beweisführung vom ersten Auftreten des Eiweissgehaltes im Urin der Schwangeren fehlt eben bei allen, welche sich mit dieser Frage befasst haben.

Die Prognose muss ich nach meinen Untersuchungen als durchaus günstig bezeichnen, sämmtliche Wöchnerinnen verliessen im besten Wohlsein die Anstalt.

Weder der Verlauf der Schwangerschaft noch die spätere restitutio ad integrum post partum wurde beeinträchtigt; die normale Beendigung der Geburt erfolgte bei allen Schwangeren mit Ausnahme eines Falles, bei welchem Absterben und Ausstossung der Frucht durch Lues bewirkt wurde.

Auffallend ist das subnormale Gewicht der Neugeborenen (siehe Geburtsgeschichten) bis auf Fall 6, in welch' letzterem Falle sogar ein übernormales Gewicht und Länge des Kindes zu constatiren war.

Die Aussicht auf die günstige Fortentwicklung des Kindes muss jedoch als gute bezeichnet werden, da sämmtliche Kinder in den ersten 10 Tagen schon an Gewicht zugenommen hatten.

Was die Therapie der Schwangerschaftsniere anbetrifft, so trat bei keinem meiner Fälle eine Indication zur Vornahme eines operativen Eingriffes auf. Gleich P. Müller halte ich einen operativen Eingriff für nicht gerechtfertigt ausser bei Erscheinungen, welche direct das Leben der Mutter gefährden. Da eine Beseitigung der Hauptgefahr für die Mutter, des Auf-

tretens von eklamptischen Convulsionen, durch die Einleitung der künstlichen Frühgeburt nicht eintritt, so ist eine exspectative Therapie durchaus am Platze.

Freilich muss ich meinem Urtheil über Verlauf, Prognose, Therapie der Schwangerschaftsniere eine Beschränkung auferlegen, da ich keinen Fall von so schwerer Form, wie von anderen Verfassern beschrieben worden ist, zu beobachten Gelegenheit gehabt habe.

Ich wende mich jetzt zu der sogenannten Geburtsniere, wie sie Flaischlen im Gegensatz zur Schwangerschaftsniere bezeichnet hat.

An ausführlichen Untersuchungen in dieser Richtung fehlt es nicht.

Ingerslev untersuchte den Urin 153 Gebärender und fand ihn bei 50 eiweisshaltig; wie Winckel fand auch Ingerslev, dass das Zustandekommen der Albuminurie während der Geburt durch die lange Dauer der Geburt stark beeinflusst wurde.

Als wesentlich stellt Ingerslev die Beantwortung der Frage hin, „ob die Geburt selbst eine Albuminurie mit den für ein Nierenleiden charakteristischen Zeichen, namentlich also verschiedenartigen Harncylindern veranlassen kann, oder ob die Albuminurie während der Geburt immer nur als Ausdruck einer Hyperämie, eines Katarrhs der Harnwege zu betrachten ist“. Ingerslev war nicht im Stande, diese wichtige Frage zu entscheiden, weil bei seinen angeführten Fällen von Albuminurie während der Geburt ein normales Verhalten des Urins bis zum Weheneintritt nicht constatirt war.

Die Fälle von Möricke kommen bei der Beurtheilung dieser Frage überhaupt nicht in Betracht, weil Möricke keine Schwangere untersucht hat, also leicht möglich ist, dass Möricke wirkliche Schwangerschaftsnieren als Geburtsnieren aufgefasst und veröffentlicht hat.

Mein Versuch, durch eingehende Untersuchungen diese Frage zu beantworten, gelang insofern, als ich Albuminurie ohne Cylinder während der Geburt bei 16 Gebärenden fand und Albuminurie mit Cylinder bei 12 Gebärenden.

Unter den Fällen von Albuminurie mit Cylindern war das Verhältniss Erst- und Mehrgebärende betreffend 8 Erstgebärende und 4 Mehrgebärende, also doppelt soviel Erstgebärende als Mehrgebärende.

Ein ähnliches Verhältniss fand sich bei den 16 Fällen von Albuminurie ohne Cylinder.

Der Grund für diese Erscheinung dürfte wohl in der viel längeren Geburtsdauer der Erstgebärenden zu suchen sein. Damit möchte ich aber nicht behaupten, dass bei allen länger dauernden Geburten Albuminurie gefunden werden musste. Einige Fälle beweisen mir das Gegentheil. Die Fälle von Albuminurie ohne Cylinder während der Geburt erörtere ich nicht weiter, da dieselben nur geringe Beweiskraft für die Beantwortung obiger Frage haben; denn das einwandsfreie, charakteristische Zeichen für das Bestehen einer Nierenaffection ist nur das Vorhandensein von Harncylindern.

Ich nahm auch hier die chemische wie mikroskopische Untersuchung des Urins während der Schwangerschaft von 8 zu 8 Tagen vor; während der Geburt wurde, wenn möglich, Urin entnommen, jedesmal aber kurze Zeit nach der Entbindung. Post partum erfolgte tägliche Untersuchung.

Das mikroskopische Bild glich dem einer Schwangerschaftsniere vollständig, dieselbe fettige Degeneration der Epithelien, dieselbe Art der Cylinder, hyaline wie körnige Cylinder mit fettig degenerirten Epithelien besetzt waren zu constatiren.

Der Verlauf der Geburtsniere war gleich dem der Schwangerschaftsniere ein durchaus guter, die Albuminurie verschwand schon nach wenigen Tagen, ja die Albuminurie ohne Cylinder schon nach 24—48 Stunden. Die Restitutio ad integrum vollständig.

Um das letztere zu beweisen, will ich einen Fall anführen, der eine Frau mit Mastitis betrifft. Dieselbe musste infolge der Mastitis noch mehrere Wochen in der Anstalt bleiben, und so hatte ich Gelegenheit, noch weitere Untersuchungen anzustellen. 5 Tage post partum war Eiweiss wie Cylinder aus dem Urin dieser Frau verschwunden. Derselbe Befund zeigte sich bei allen mehrmaligen Untersuchungen. Mutter und Kind befanden sich durchaus wohl und munter.

Aus diesen meinen Untersuchungen geht hervor, dass die Geburt wohl im Stande ist, eine Nierenaffection hervorzurufen mit den für eine solche charakteristischen Zeichen.

Ich glaube daher wie Flaischlen nach meinen Untersuchungen behaupten zu können, dass die Schwangerschaftsniere mit der sogenannten Geburtsniere in nahem ätiologischen Zusammenhang steht.

Erfahrungen über die Behandlung mit „Tuberculin“ bei dem kgl. Zuchthause Kaisheim.

Von Dr. *Schäfer*, kgl. Bezirks- und Strafanstaltsarzt.

Viele von Ihnen werden es vielleicht für eine Zumuthung halten, wenn heute noch über Tuberculin gesprochen wird.

Sie werden wahrscheinlich noch mehr staunen, wenn ich Ihnen bekenne, dass ich heute noch mit Tuberculin arbeite, d. h. dass ich dasselbe heute noch in dem Anstaltsspitale, dem ich seit 9¾ Jahren die Ehre habe vorzustehen, anwende.

Ich will nicht mehr des Jubels gedenken, welchen die Nachricht von dem Koch'schen Mittel in einem Hause hervorgerufen hatte, dessen Bevölkerung nach einer 39 Jahre umfassenden Berechnung zu 5¾ Proc. aus Tuberculösen besteht und in welchem in gewissen Jahren 80 Proc. aller Todesfälle auf Tuberculose fallen.

Die kurz gemessene Zeit verbietet es auch, zu Ihnen in längeren Ausführungen über die Wirkungen des Tuberculins d. h. über die Fieberreactionen, sowie über die allgemeinen und örtlichen Reactionen zu sprechen, das Alles haben Sie von berufener Feder geschrieben gelesen; ich werde Ihnen schlicht die Resultate vorführen, die ich mit Tuberculin in nahezu 3 Jahren gehabt habe.

Während dieses Zeitraumes habe ich 61 sicher tuberculöse Erkrankungen behandelt.

Die überwiegende Anzahl derselben bestand aus Fällen von Lungentuberculose mit Bacillenbefund im Sputum.

Von diesen 61 Fällen konnten:

29 als Anfangstuberculose,
23 als vorgeschrittene Tuberculose und
9 als hoffnungslos

bezeichnet werden.

Für die erste Zeit der Impfungen mit Tuberculin begünstigte mich insoferne das Glück, als ich damals meist fieberlose oder wenigstens nur leicht fiebernde Fälle mit geringen „nicht intermittirenden“ Fieberbewegungen zur Verfügung hatte.

Auch waren die physikalischen Veränderungen der ersten Fälle leichten Grades, begrenzte Spitzenkatarrhe oder beginnende Infiltrationen mit unmerklicher Ausdehnung.

Von diesen 61 Fällen sind nun:

13 „bedeutend gebessert worden“ — ich will mich absichtlich der Bezeichnung „geheilt“ enthalten; weitere
14 sind ebenfalls gebessert,
7 sind gleichgeblieben,
10 haben sich verschlechtert, und
17 sind gestorben.

Von den 17 Sterbefällen treffen:

9 auf die als hoffnungslos bezeichneten,
7 auf vorgeschrittene Fälle, und
1 auf einen Anfangsfall. —

Bei den 13 bedeutend Gebesserten sind die Tuberkelbacillen verschwunden und nach Jahren nicht mehr wiedergekehrt; die Verdichtungserscheinungen und etwaigen Katarrhe lassen sich nicht mehr erkennen.

Von den weiteren 14 Gebesserten sind bei 7, also der Hälfte, ebenfalls nach einem Jahre keine Bacillen im Auswurf nachzuweisen, während die anatomischen Veränderungen der Lunge ganz nennenswerthe Reductionen erfahren haben.

Ich glaube, die Resultate verdienen gegenüber anderen

Ansichten von der Heilwirkung des Tuberculins einige Beachtung.

Immerhin muss ich constatiren, dass die Anfangsfälle die alleinige Indication für die Anwendung des Koch'schen Mittels geben.

Nun werden Sie mir einwenden, dass Anfangsfälle von Tuberculose auch ohne Zuthun jeden Medicamentes heilen — allein durch günstige Ernährung etc.

Ich gestehe Ihnen dies im Allgemeinen zu, soweit es die Privatpraxis bei besseren Ständen betrifft, bestreite aber, dass Sie in Spitälern — und in solchen Anstalten ist das Tuberculin bis jetzt ja am häufigsten erprobt worden — eigentliche Anfangsfälle von Tuberculose gesehen haben.

Das Material, welches die Spitäler aufsucht — vielleicht sind in letzter Zeit in Folge des Krankenversicherungsgesetzes bessere Verhältnisse eingetreten — zählt schon deswegen nicht mehr zu den Anfangsfällen, weil die Leute sich schwer von den kleinen Genüssen, die ihnen das Leben ausserhalb einer Krankenanstalt doch noch bietet, trennen; sie kommen eben meist mit vorgeschrittenen Veränderungen in spitalärztliche Behandlung.

Ganz anders ist die Situation in einer Strafanstalt, besonders in einer, die Insassen mit langzeitigen Haftstrafen birgt. Dort wird das Spital als Lieblingsaufenthalt betrachtet, der Hausarzt wegen jeder Kleinigkeit consultirt, dort hat der Hausarzt Gelegenheit und auch die Macht, seine Patienten in's Spital hereinzucommandiren.

Meine Herren! Die Tuberculose entrirt in den Gefängnissanstalten etwas anders, als bei der freien Bevölkerung.

Unter den vielen Initialformen, deren ich beiläufig 29 Sorten aufzählen könnte, nehme ich einige Hauptrepräsentanten heraus und will Ihnen dann sagen, für welche Formen ich die Anwendung des Tuberculins für geeignet halte.

In allererster Linie tritt die Tuberculose in den Strafanstalten unter dem Bilde einer bald acuten, bald chronischen Anämie auf, nicht derjenigen Anämie, die Ihnen bei den Zuchthausinsassen überhaupt auffällt, sondern einer schwer definirbaren, durchsichtigen oder eigentlich wassersichtigen Blässe der Haut, die besonders durch eine starke Entfärbung der Schleimhäute auffällt und auf einer bedeutenden Verminderung der rothen Blutkörperchen beruht, die sich auch in ihrer Form verändert zeigen.

Bei längerem Bestehen eines solchen Zustandes, der sehr geräuschlos eintritt und vielleicht mit Ausnahme leichter Verdauungsstörungen gar keine subjectiven Beschwerden hervorruft, wenigstens keine solchen, die auf eine Erkrankung der Lungen hindeuten, also keine Athemnoth, keinen Schmerz, keinen Husten, kein Fieber, vielleicht nur jenes den Gefängnissärzten bekannte eigenthümliche Herzklopfen — können bereits derartige Veränderungen der Lunge vorhanden sein, dass der untersuchende Arzt ganz consternirt ist.

Untersucht man solche Fälle im frühesten Stadium, so wird man erstaunt sein, in dem äusserst spärlichen Sputum, das ganz speichelähnlich aussieht, verhältnissmässig leicht Tuberkelbacillen zu finden, trotzdem vielleicht nur anscheinend harmloser Katarrh der Bronchien an den Spitzen mit gar keinen charakteristischen Erscheinungen vorhanden ist.

Für diese Art der primären Tuberculose, die wie gesagt sehr latent beginnt, wenn aber übersehen, jeder Therapie trotzt und in den meisten Fällen nach einem mehr oder minder langwierigen Leiden zum Tode führt, möchte ich die Anwendung von Tuberculin auf's Wärmste empfehlen.

Es muss aber frühzeitig angefangen und müssen nur solche Dosen angewendet werden, die absolut keine Fieberreactionen und kein Uebelbefinden verursachen.

Es ist nothwendig, dass ein unmerkliches, allmähliches Gewöhnen an dieses Mittel eintritt. Dasselbe muss, was sich wieder eben nur in gut situirten Spitälern machen lässt, in seiner Wirkung auf's Exacteste controlirt werden, indem wenigstens am 1. und 2. Tage nach der Impfung alle 3 Stunden Tag und Nacht genaue Messungen der Temperaturen aufgezeichnet werden.

Die Anwendung geschieht dadurch, dass mit $^1/_2$ mg begonnen und alle 4—5 Tage so lange dieselbe Dose eingespritzt wird, bis der Patient sich von der Einspritzung nicht im Mindesten tangirt fühlt, hierauf tritt die jedesmalige minimale Steigerung von ebenfalls $^1/_2$ mg ein.

Ich wiederhole, nur dadurch, dass alle eingreifenderen und stärkeren Wirkungen des Koch'schen Mittels, welche früher in den verschiedensten Formen geschildert wurden und die wohl in den Ausdruck influenzaähnlicher Wirkungen zusammengefasst werden dürfen, vermieden werden, wirkt das Tuberculin unschädlich und sicher.

Um Ihnen die dauernde Wirkung dieser Anwendung vorzuführen, greife ich aus der Zahl der bedeutend Gebesserten, fast möchte ich sagen geheilten Fälle von Tuberculose 6 heraus, von denen 1 in 116, 2 in 124, 2 in 134 und 1 in 142 Tagen soweit hergestellt wurden, dass Jeder vollkommen arbeitsfähig zu seiner früheren Beschäftigung zurückkehren konnte, ohne Krankenkost weiter zu geniessen oder sonst geschont zu werden.

Wie die Anfangsfälle von Tuberculose, auf anämischem Boden entstehend, eignen sich auch die fieberlosen Fälle von Pleuritis mit serösem oder auch serös-eitrigem Exsudat nach vorausgegangener Punction für Behandlung mit Tuberculin, wenn dabei im Sputum Bacillen vorhanden sind.

So übergebe ich Ihnen hier die Zeichnung des mikroskopischen Sputumpräparates eines Patienten, dem im Januar 1891 3 l eitrig-seröses Exsudat aus der linken Brusthöhle ausgepumpt wurden, der sich heute, nach 2 Jahren, einer ganz normalen Gesundheit erfreut und keine Bacillen mehr besitzt, trotzdem er früher, wie Sie sehen, keinen Mangel an Bacillen im Auswurf hatte.

Auch bei Lupus, ebenfalls im Anfangsstadium oder bei oberflächlichen tuberculösen Hautgeschwüren, wie bei Drüsentuberculose nach Erweichung und Eröffnung der Abscesse, kann Tuberculin als besserndes Mittel empfohlen werden.

Anders verhält es sich bei anderen Initialformen der Tuberculose, besonders bei der Zweithäufigsten, der Peribronchitis.

Solche Formen, die schon durch den intermittirenden Fiebertypus die Anwendung von Tuberculin verbieten, lassen sich in ihrem Anfangsstadium am leichtesten dadurch erkennen, dass ausser den charakteristischen Schmerzen, die jedesmal von der Mitte der einen Brustseite gegen die Spitze des Schulterblattes ausstrahlend geschildert werden, Coccenketten im Sputum, aus Streptococcen bestehend, vor dem Eintreffen der Tuberkelbacillen gefunden werden.

In diesen Fällen, die meist florid verlaufen, möchte ich das Tuberculin ebenso wenig angewendet wissen, wie bei Miliartuberculose, bei fungösen Affectionen der Gelenke, bei Tuberculose der Nieren etc.

Auch bei Tuberculose des Darmes und Bauchfelles, bei welchen Affectionen in allerjüngster Zeit wieder die Behandlung mit Tuberculin empfohlen wird, habe ich nur geringe Erfolge gesehen.

Von allen Formen der Tuberculose bleiben also als Indication für Tuberculinbehandlung die Anfangsform auf anämischer Grundlage im frühen Stadium, die tuberculöse Pleuritis und die Lupusformen im Anfang ihres Auftretens.

Wir sind also eigentlich in der Behandlung der Tuberculose um eine Hoffnung ärmer geworden, weil das Tuberculin die Erwartungen nicht erfüllt hat, die man im Anfange an dasselbe stellte; immerhin dürfen Sie mir, der ich das drohende Gespenst der Tuberculose nahezu 10 Jahre hinter den Zuchthausmauern beobachtet und Tag für Tag die fortschreitenden Zerstörungen dieser bei uns eingenisteten Krankheit gesehen habe, nicht verdenken, wenn ich dem Tuberculin für die Ihnen geschilderten Erfolge dankbar bin, und mir vielleicht Recht geben, wenn ich behaupte, dass das Tuberculin wenigstens für die fieberlosen Anfangsfälle von Tuberculose noch einer Prüfung werth wäre.

Ich schliesse deshalb mit dem Wunsche, den ich an die

Spitze meines ersten an das k. Justizministerium gerichteten Berichtes gestellt habe und der lautet: „Das Tuberculin möge der Therapie der Tuberculose auch ferner erhalten bleiben.“

Eine besondere Art der Tätowirung am Auge mit Demonstrationen.

Von Dr. *Liebrecht* in Halle a. S.

Den Anlass zu den folgenden Versuchen gab mir die Augenerkrankung des Knaben, den ich hier vorstelle.

Dem jetzt 8jährigen W. R. war im September 1890 Kalk in das rechte Auge beim Aufwärtssehen hineingefallen und hatte als Folgezustand der Anätzung von Schleimhaut und Hornhaut zu einem Symblepharon des unteren Lides geführt. Es war schon zweimal versucht worden, dasselbe operativ zu beseitigen, jedoch ohne dauernden Erfolg. — Als der Knabe im Juni 1891 zu mir kam, war das Unterlid des rechten Auges mit dem grössten Theile seiner Schleimhautfläche auf das Auge und auf die Hornhaut so hinaufgewachsen, dass nur noch ein kleines äusseres Segment der Pupille und kaum die äussere obere Hälfte der Hornhaut frei blieb. Das Auge war durch den beständigen Zug, den die Verwachsung mit der Schleimhaut des Unterlides mit der Hornhaut ausübte, ausserordentlich gereizt und schmerzhaft und gleichfalls konnte das linke Auge in Folge sympathischer Reizung zum Sehen nicht gebraucht werden.

Ich trennte das angewachsene untere Lid von Hornhaut und Lederhaut nach unten ab, bis keine narbigen Stränge fühlbar waren und excidirte die letzteren. Es war so eine grosse wunde Fläche geschaffen, welche mit Epithelgewebe zu decken war. Die Schleimhaut des oberen Lides und der äusseren Ecke war narbig verändert, da von ihr schon bei einer vorhergehenden Operation zur Deckung Stücke offenbar verwendet worden waren. Abgesehen hiervon hätten auch, wenn die Schleimhaut noch unversehrt gewesen wäre, keine genügend grossen Decklappen aus ihr gebildet werden können. Deshalb nahm ich von einer entfernten Schleimhautfläche, der Unterlippe, ein $1^1/_2$ cm im Quadrat grosses dünnes Hautstück heraus, verpflanzte dasselbe auf die wunde Fläche des Augapfels und nähte dasselbe mit zahlreichen Nähten an der angrenzenden Bindehaut und Hornhaut an. In der unteren Uebergangsfalte wurde der Lappen befestigt durch zwei nach aussen durch das Unterlid geführte Fäden. — Der überpflanzte Lappen wuchs vollständig an, das Auge wurde bald reizlos, nach allen Seiten frei beweglich, ein nicht sehr tiefer Conjunctivalsack hatte sich gebildet und die Thränenpunkte standen gut.

Ich sah den Knaben erst nach $1^1/_2$ Jahren wieder. Das Auge war reizfrei geblieben. Der aufgewachsene Lippenlappen aber war, soweit er in der Lidspalte lag, narbig verändert und sah glänzend weiss aus (wie die herumgehende Photographie zeigt).

Dieser glänzend weisse Fleck bedeckte von der Innenseite her weit über die Hälfte der sichtbaren Hornhaut und daraus ergab sich eine bedeutende Entstellung, besonders stark, da die Regenbogenhaut eine dunkle Farbe besitzt.

Um diese Entstellung zu beseitigen, versuchte ich zuerst durch Stichelung und Einreibung von Tusche die weisse Narbe zu schwärzen. Als mir dies wegen des immerhin noch grossen Blutreichthums der Narbe nicht gelang, kam ich auf den Gedanken, die Tusche einfach in die Narbe dicht unter die Oberfläche einzuspritzen. Ich stach also mit der Pravaz'schen Spritze an der Grenzfläche von Hornhaut und aufgepflanzter narbiger Schleimhaut, also etwas nach aussen vom Mittelpunkte der Hornhaut ein, führte die Nadelspitze ein Stück unter der narbigen Schleimhaut hin und liess dann die sterilisirte Tusche langsam eindringen. Sie verbreitete sich ziemlich gleichmässig nach allen Seiten und nachdem eine etwas grössere Fläche, als die Hornhaut einnahm, mit der Tusche bedeckt war, zog ich zurück. Es erfolgte gar keine Reaction. Die Tusche blieb in der Folgezeit im Wesentlichen unverändert.

Das Aussehen des Auges ist dadurch entschieden sehr gebessert. Statt der weissen Narbe ist jetzt eine schwarze spiegelnde Fläche vorhanden, welche in einiger Entfernung das Auge nicht mehr auffallen lässt. Allerdings ist in der Mitte der Hornhaut noch ein grauweisser Fleck geblieben. Es entspricht dies dem Ansatze der narbigen Schleimhaut auf der Hornhaut, welcher, weil besonders straff und fest, die Tusche nicht hatte eindringen lassen, jedoch ist derselbe bei Tageslicht nicht so auffallend als bei Lampenlicht, weil er einigermaassen den Hornhautreflex des Tageslichtes vortäuscht.

Dieselbe Methode habe ich nun auch zur Färbung der Hornhaut versucht, allerdings vorläufig nur beim Kaninchen. Es wurde mit einer feinen Nadel der Pravaz'schen Spritze in's Parenchym der Hornhaut eingestochen. Bei langsamem geringen Druck auf den Stempel drang dann die färbende Flüssigkeit in das Parenchym ein. Sie verbreitete sich zuerst in feinen Gewebsspalten, welche senkrecht und parallel zur Einstichsöffnung aufschossen, dann aber mehr gleichmässig concentrisch von der Nadelöffnung aus, so dass man die Grösse des zu färbenden Fleckes ziemlich genau abschätzen konnte. Als solche färbende Flüssigkeiten habe ich Tusche, dann der Farbe der Iris entsprechend Ockergelb und Cobaltblau genommen. Die Flüssigkeiten sind natürlich sterilisirt. — Bei dem Gelb und Blau trat keine wesentliche Reaction ein. Nur entwickelte sich eine Zeit lang Vascularisation der Hornhaut, die aber bald wieder verschwand. — Das Kaninchen, welches ich hier vorzeige, zeigt die gelben und blauen Flecken in der Hornhaut vollständig rein und reizlos. — Bei Tuscheeinspritzung wurden kleinere Massen eben so gut vertragen; wurde jedoch unter stärkerem Druck eine grössere Quantität Tusche eingespritzt, so dass etwa ein Viertel der Hornhaut oder darüber gefüllt wurde, so war die Vascularisation stärker, das Epithel war längere Zeit matt und glanzlos und an einigen Stellen traten kleine Epitheldefecte auf.

Ich möchte glauben, dass man nach diesen Erfahrungen ausser der Färbung von auf die Hornhaut verpflanzter narbiger Conjunctivallappen auch beim Menschen in geeigneten Fällen eine solche Färbung der Hornhaut anwenden könnte. Als solche Fälle möchte ich weniger die glänzend weissen Flecke der Hornhaut bezeichnen, da es bei ihnen fraglich ist, ob sich in ihnen die färbende Flüssigkeit so gleichmässig ausbreiten wird, als die mehr durchscheinenden matten, oberflächlichen und tiefer sitzenden Trübungen; ferner die mit oberflächlicher Vascularisation einhergehenden. Eine solche Färbung hat gegenüber der Stichelung den Vortheil, dass meist in einer Sitzung eine Färbung eines Hornhautbezirks ausgeführt werden kann, wie sie in ihrer Gleichmässigkeit durch die Stichelung nicht erreicht wird. Eine solche gleichmässige schwarze Fläche wird sowohl in Bezug auf das Aussehen des Auges als auch in der Verbesserung des Sehvermögens sicherlich mehr leisten, als eine noch so gute Stichelung.

Zur Therapie der Schwerhörigkeit.

Vorläufige Mittheilung.

Von Dr. *Cohen-Kysper* in Hamburg.

Soweit es sich beim chronischen atrophischen Mittelohrkatarrh und nach ausgeheilten Eiterungen um bindegewebige Neubildungen und Gewebsmetamorphosen als Ursache der Schwerhörigkeit handelt, liess sich eine Besserung der Symptome von dem Versuche erwarten, diese pathologischen Producte einem Verdauungsprocesse zu unterwerfen. Versuche nach dieser Richtung habe ich seit über einem Jahre angestellt und im Allgemeinen befriedigende Resultate erzielt. Zahlreiche Versuche an der Leiche (Injection von Gelatine) gaben Aufschluss über Verhalten der Tube und des Antrums, Lagerung des Patienten u. s. w. und über den besten Modus der Injection von Verdauungsflüssigkeit. Als solcher erwies sich schliesslich folgendes Verfahren. Zunächst werden mit einer entsprechend modificirten gewöhnlichen Injectionsspritze ca. 0,3 g am oberen hinteren Quadranten eingespritzt; unmittelbar darauf ein zweites geringeres Quantum mit einer im rechten Winkel abgebogenen Spritze über dem Proc. brev. in den Atticus, was sich stets als ausführbar erwies. Die Leichenversuche zeigten, dass das erstere Verfahren allein in keinem Falle genügte, um die Flüssigkeit in die oberen Trommelhöhlenräume zu bringen; nur Steigbügel und Ambos-Steigbügelgelenk zeigten sich von Flüssigkeit benetzt. Mit Zuhülfenahme der letzteren Methode gelang es fast stets, mit 0,4—0,5 g Flüssigkeit den gesammten Apparat der Gehörknöchelchen zu bespülen. — Ueber die klinische Verwendung dieser Doppel-Injection liegen vollständige Erfahrungen noch nicht vor; das erstere Verfahren allein erzielte in über 70 Fällen von Sklerose theils mässige, theils

bedeutende Besserung. — Bei Trommelfelldefecten nach Eiterungen genügt entweder die blosse Einträufelung oder es ist ebenfalls die Injection nöthig. — Zur Verwendung gelangten künstlicher und natürlicher Magensaft und Papayotin, resp. ein aus demselben isolirtes, reines, bedeutend wirksameres neues Ferment, beides in vielfach geprüfter Concentration; auch das Pankreatin wurde beigezogen. Das erwähnte Pflanzenferment wurde in letzter Zeit fast ausschliesslich verwendet, besonders bei schwereren Sklerosen und Trommelfelldefecten, wegen des stärkeren Verdauungsvermögens und weil es eine exacte Dosirung zulässt. Als ein Vorzug des Magensaftes ist zu betrachten, dass derselbe durch die reactive reichliche Exsudation von alkalischem Serum, welche bei der Anwendung bei Sklerose fast stets eintritt, schon nach kurzer Zeit neutralisirt und damit unwirksam gemacht wird. Daher ist die Reizung eine relativ geringe und erscheint die Verwendung hauptsächlich bei beginnender Sklerose indicirt. Viel stärker ist die Reizung nach Injection des genannten Pflanzenfermentes, welches auch in alkalischer Lösung wirkt. Ueber die Bereitung desselben erfolgt gleichzeitig mit der Darstellung der näheren Einzelheiten und der Ergebnisse des Verfahrens in Bälde ausführliche Mittheilung.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Leopold: Arbeiten aus der kgl. Frauenklinik in Dresden. I. Band, 1893. Leipzig, S. Hirzel.

Lepage: Fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque, clinique de la Faculté, dirigée par le Prof. A. Pinard. Année 1892. Paris, 1893. G. Steinheil.

Von den in der jüngsten Zeit erschienenen klinischen Berichten sind es besonders die beiden vorstehenden, welche die Aufmerksamkeit der Fachgenossen und daher eine eingehende Besprechung verdienen, einerseits deshalb, weil sie ein ganz gewaltiges Beobachtungsmaterial enthalten, andererseits aber, weil die Vergleichung der Thätigkeit zweier grosser Kliniken Deutschlands und Frankreichs schon an und für sich von grösstem Interesse ist, und gerade jetzt, wo die Wiedereinführung der Symphyseotomie im Vordergrunde der Discussion steht, erhöhtes Interesse bietet.

Leopold's umfangreicher Bericht bringt nicht, wie klinische Berichte sonst zu thun pflegen, eine eingehende Aufführung aller in der Klinik vorgekommenen Ereignisse, sondern es wird aus der Masse des Materials ein geburtshilfliches Capitel von grösstem Interesse herausgenommen, nämlich die Behandlung der Beckenenge. Fünf eingehende Arbeiten von Assistenten und Schülern Leopold's behandeln gesondert die verschiedenen Operationsmethoden und den Schluss bildet ein kurzes Resumé Leopold's über die erreichten Resultate. Die Statistik von Buschbeck über die künstliche Frühgeburt umfasst 81 Fälle, Rosenthal berichtet über 102 Fälle von Wendung und Extraction bei engem Becken, Zeitlmann über 121 Craniotomien, Cörner über 50 Kaiserschnitte und endlich Wehle über 3 Fälle von Symphyseotomie.

Ausserdem werden 70 schon früher veröffentlichte Fälle von Wendung bei engem Becken und 69 ebenfalls früher veröffentlichte Craniotomien[1]) mit in die Berechnung einbezogen. Die Nebeneinanderstellung der genannten Resultate in Bezug auf Mortalität der Mutter und Kinder, für erstere, soweit sie der Klinik zur Last fallen, ergiebt:

	Todesfälle: Mutter	Todesfälle: Kinder
Für die künstliche Frühgeburt	1,2 Proc.	36,6 Proc.
„ Wendung und Extraction	0,9 „	33,4 „
„ Perforation	1,6 „	100 „
„ den Kaiserschnitt	4,1 „	16 „
Resultate des Symphysenschnittes nach Harris (54 Fälle)	1,7 „	10,6 „

[1]) Leopold, Der Kaiserschnitt und seine Stellung zur künstlichen Frühgeburt, Wendung und Perforation bei engem Becken. Stuttgart, Enke, 1888.

Aus diesen Resultaten zieht Leopold zunächst bezüglich der Indicationen der verschiedenen Entbindungsmethoden den Schluss, dass die künstliche Frühgeburt und die Wendung mit Extraction eine untere Grenze von 7,0 cm Conjug. vera bei plattem und 7,5 cm bei allgemein verengtem Becken finden.

Die Resultate der künstlichen Frühgeburt befriedigen noch lange nicht; es handelt sich besonders darum, Infection der Mütter zu vermeiden, den für das Leben des Kindes günstigsten Zeitpunkt zu treffen, ein noch schnelleres Verfahren, Wehen ohne Verletzung der Blase zu erregen, zu ersinnen, endlich das zu früh geborene Kind in solche Verhältnisse der Ernährung, Anregung und Erwärmung zu bringen, welche der Fortsetzung und Erhaltung des Lebens am meisten Gewähr leisten.

Auch die Ergebnisse der Wendung haben sich besser zu gestalten, indem Todesfälle an Verblutung und an Infection vermieden werden müssen. Das Leben der Kinder hängt hauptsächlich von der Wahl des richtigen Zeitpunktes der Wendung, von der noch stehenden Fruchtblase, von der völligen Erweiterung des Muttermundes und der genau zu beachtenden Grenze der Beckenenge ab. Oberster Grundsatz hiebei ist, die vollständige Erweiterung des Muttermundes bei stehender Fruchtblase abzuwarten; die Wendung selbst ist langsam, die Extraction nicht überstürzt vorzunehmen und dem Munde des Kindes soll während der Entwicklung des Kopfes durch das Becken Luft zugeführt werden, indem man bei der Entwicklung mit dem Zeigefinger in den Mund eingeht und unter Andrücken des Hand- und Fingerrückens an Collum und Scheidenwand dem Munde einen freien Luftraum verschafft. Um in der Privatpraxis ein erwünschtes Resultat der Wendung für die Kinder zu erreichen, ist eine besonders nachdrückliche Ausbildung der Hebammen eine nothwendige Bedingung; ganz besonders ist von Wichtigkeit, gegen das bei den Hebammen beliebte vorzeitige Blasensprengen als „ruchloses und gemeingefährliches Verfahren“ disciplinar vorzugehen.

Unter den Entbindungsverfahren, welche unter der oben angeführten Verengerungsgrenze geboten sind, concurriren die Perforation, der relative Kaiserschnitt und der Symphysenschnitt. Der relative Kaiserschnitt konnte bisher mit seiner immer noch ernsten Bedeutung für die Mutter die für die Mutter ungleich gefahrlosere Perforation des lebenden Kindes besonders in der Privatpraxis nicht verdrängen, dagegen scheint der Symphysenschnitt mit seinen viel besseren Resultaten für Mutter und Kind im Stande, einerseits die Perforation des lebenden Kindes und andererseits den relativen Kaiserschnitt einzuschränken. Jedoch warnt Leopold dringend davor, jetzt schon die Symphyseotomie unbedingt an die Stelle dieser Operationen setzen zu wollen, sondern erklärt es vor Allem für nöthig, zuvor ihre Anzeigen, Bedingungen und Grenzen festzustellen, damit sie nicht ebenso übermässig zur Anwendung komme, wie dies beim relativen Kaiserschnitt geschehen ist. Die Perforation des lebenden Kindes zu Gunsten der Mutter behält deshalb vorläufig für den praktischen Arzt gegenüber dem relativen Kaiserschnitte ihre Geltung und selbst wenn die Symphyseotomie hält, was sie jetzt verspricht, wird es immer noch Fälle in der Praxis geben, in denen die Rücksichtsnahme auf das Befinden der Mutter doch noch die Zerkleinerung des lebenden Kindes als die schonendste Operation verlangt. Dagegen wird die Symphyseotomie den relativen Kaiserschnitt völlig in das Gebiet der absoluten Anzeige verdrängen.

Was die Indicationsstellung des Symphysenschnittes betrifft, so stellt Wehle den Satz auf, dass derselbe angezeigt ist in den Fällen, wo der kindliche Kopf dauernd beweglich auf dem Beckeneingange steht und zur Entbindung der Mutter nach unseren bisherigen Anschauungen nur die Perforation des lebenden Kindes in Betracht käme, also bei Beckenenge von Conjug. vera 7,5 cm (allg. verengt) und 7 cm (glatt) abwärts bis zu 6,5 cm. Oberhalb 7,5 bezw. 7 cm besteht bei erhaltener Fruchtblase die Wendung zu Recht. Späteren Erfahrungen wird anheimgegeben, ob der Symphysenschnitt in Zukunft bei schlechten Kopfstellungen (Hinterscheitelbein-Einstellung, Gesichtslage mit Kinn nach hinten) oder wenn die Wendung

durch frühen Fruchtwasserabfluss oder wegen drohender Uterusruptur unmöglich ist, Anzeige finden kann. Bei geringeren Graden der Beckenverengung wird in erster Linie die künstliche Frühgeburt bleiben; bei der Geburt lässt sich eine obere Grenze der Beckenverengung namentlich nach Fruchtwasserabfluss nicht ziehen und die Anzeige wird sich nach dem jeweiligen Missverhältniss zwischen Kopf und Becken richten.

Als Bedingungen für die Operation werden aufgestellt, dass die Gebärende frei von Infection sein muss, dass das Becken nicht ankylotisch oder stark schräg verengt sein darf und dass die Herztöne des Kindes gut sein müssen; wünschenswerth ist ferner, dass die Kreissende eine Mehrgebärende ist und dass die weichen Geburtswege vorbereitet sind. Die beiden letzten Punkte bilden jedoch keine Gegenanzeige, aber sie können erschwerend auf die Operation und ungünstig auf die Heilung einwirken. 3 Fälle von Entstehung von Urogenitalfisteln unter 10 Erstgebärenden (Carnso) sind hiefür beweisend. Bei Erstgebärenden wird eben das hinter der Symphyse liegende Gewebe viel mehr gedehnt und leichter einreissen, als bei Mehrgebärenden und die Operation wird ausserdem auch durch die Blutung aus den Schwellkörpern der Clitoris erschwert.

Angesichts dieser schweren Weichtheil-Verletzungen, welche als Folgen der Operation bei der Discussion auf dem jüngst stattgehabten deutschen Gynäkologencongresse[2]) allseitig betont wurden, sowie Angesichts der starken Clitoris-Blutung ist der Vorschlag Leopold's wohl zu beachten, dass bei der Operation das Ligamentum arcuatum womöglich geschont werden solle, am allerwenigsten aber sind dem gegenüber die spöttischen Bemerkungen Farabeuf's[3]) am Platze, welcher die „Halb-Symphyseotomisten" der Blutscheu zeiht, ein Vorwurf, der gerade Leopold gegenüber, den die Franzosen le grand césariste zu nennen lieben, in's Wasser fällt.

Die Besprechung der Symphyseotomie führt uns auf den Bericht Lepage's über die von Pinard geleitete Clinique Baudelocque hinüber. Der Bericht ist streng statistisch gehalten und gibt eine Uebersicht über alle Vorkommnisse im Jahre 1892 an dem die Zahl von 1834 erreichenden Geburten-Materiale. Aus der Statistik sei nur hervorgehoben, dass die Gesammtmortalität der Mütter 0,49 Proc., die Mortalität an puerp. Infection 0,11 Proc., die Morbidität (Temp. über 38°) 13,4 Proc. beträgt. Den Brennpunkt des Berichtes bildet die ausführliche Mittheilung von 13 Fällen von Symphyseotomie.[4]) Die Resultate für die Mütter sind gut, indem alle geheilt und ohne Störungen der Harnsecretion und ohne Behinderung des Gehvermögens entlassen wurden, von den Kindern starben drei = 23 Proc. Weniger günstig ist die Morbiditätsziffer der Mütter, indem 7 = 53,8 Proc. im Wochenbett fieberten, 2 mal Abscesse im Labium majus, 1 mal Phlegmasia alba dolens auftraten und einmal ein tiefer Riss in der vorderen Vaginalwand, der bis in die Symphyseotomie-Wunde sich fortsetzte, entstand. Schon daraus geht hervor, dass die Operation für die Mutter keine so ganz ungefährliche ist, wie Pinard und seine Schüler behaupten. Sehen wir uns aber die 13 Fälle genauer auf die Indicationen an, so ist vor Allem auffallend, dass bei 4 Kreissenden die Conjug. diag. zu 10,0 cm und darüber (einmal 10,5 cm) und bei weiteren vier zwischen 9,7 und 10,0 cm gemessen wurde, während sie nur bei vier Kreissenden zwischen 9,0 und 9,3 betrug; in einem Falle ist das Promontorium bloss als „erreichbar" bezeichnet. Sämmtliche Fälle betreffen also Grade der Beckenverengerung, bei welchen nach Leopold und Wehle noch die Wendung — bei sonst günstigen Verhältnissen — gute Resultate gibt. Zieht man ferner in Betracht, dass in 4 Fällen bei Ausführung des Symphysenschnittes die Blase noch stand, dass in einem Falle der Blasensprung bei vollkommener Erweiterung erst eine Stunde vor der Operation eintrat und in zwei weiteren Fällen die von Leopold mit Recht verpönte künstliche Sprengung der Membranen vorgenommen worden war, so erscheint die Indicationsstellung Pinard's als eine sehr weitherzige und den Anforderungen Leopold's und Wehle's durchaus nicht entsprechende. Wenn nun trotz der überaus günstigen Lagerung der Fälle dennoch eine Morbidität der Mütter von 53,8 Proc. und eine Mortalität der Kinder von 23 Proc. sich berechnet, so erscheint die Begeisterung Pinard's und seiner Schüler schwer begreiflich. Wenn allerdings der Statistik in der Weise Gewalt angethan wird, wie dies von Varnier[5]) geschehen ist, und alle ungünstigen Fälle einfach eliminirt werden, so müssen sich freilich nur günstige Zahlen ergeben. Aber Pinard, der selbst fürchtet, in den Ruf eines „interventionniste à outrance" zu kommen und zugibt, dass ihn seine besten Freunde einen kleinen Osiander nennen, hat auch bei seinen Fachgenossen in Frankreich keinen Beifall gefunden, und die Entgegnungen von Budin, Bar und Fochier in der Symphyseotomie-Debatte der Pariser geburtshülflichen Gesellschaft[6]) beweisen, dass die Majorität der französischen Geburtshelfer auf einem ähnlichen Standpunkte steht wie Leopold. „Die Ausführung der Symphyseotomie gleicht einem heiligen Feuer, das Morisani mit dem religiösen Eifer einer Vestalin gehütet hat; der Gluthhauch Pinard's hat die kleine Flamme in einen funkensprühenden Gluthhaufen verwandelt — verhüten wir jetzt das Umsichgreifen des Feuers!" (Fochier).[7])

Ausser den 13 Fällen von Symphyseotomie enthält der Lepage'sche Bericht einen Fall von Ischio-Pubiotomie, einer Operation, die von Farabeuf[8]) bei ankylotisch schräg verengten Becken an Stelle der Symphyseotomie empfohlen worden ist. Das durch die Operation bewirkte Klaffen der vorderen Beckenwand betrug während der Extraction des Kindes 4 cm; Mutter und Kind blieben lebend und gesund.

Wir haben im Vorausgehenden nur den wissenschaftlichen Theil des Leopold'schen Berichtes zum Gegenstand unserer Besprechung gemacht. Der Bericht enthält aber auch einen geschäftlichen Theil, der nicht allein von der ganzen Verwaltung der vom Verfasser geleiteten Klinik und den im Laufe der Jahre eingeführten baulichen Aenderungen und Verbesserungen handelt, sondern auch von der Ausbildung der Volontärärzte und der Hebammen eine eingehende Beschreibung gibt. Auch die Lectüre dieses Theiles kann allen jenen Fachgenossen, welche an der Spitze grosser Kliniken und Anstalten stehen und den Unterricht von Studirenden und Hebammen zu leiten haben, nicht genug empfohlen werden. Stumpf.

Alb. Illich, Operateur an der I. chirurgischen Klinik des Hofrath Dr. Albert in Wien: **Beitrag zur Klinik der Actinomykose.** Wien, Verlag von Jos. Šafár, 1892.

Illich giebt aus Albert's Klinik, anschliessend an die Arbeiten von Hochenegg und Ullmann aus der gleichen Klinik eine Darstellung der Actinomykose unter Anführung von 421 Fällen (wovon 54 aus der Albert'schen Klinik). Indem zuerst die Kopf- und Halsactinomykose (27 Fälle aus Albert's Klinik) behandelt wird, bespricht Illich die Aetiologie der Actinomykose; die im Centrum der actinomykotischen Herde häufig gefundenen Grannen lassen annehmen, dass die Pilze frei in der Natur vorkommen und direct durch Vegetabilien (Getreidegrannen) oder durch beliebige Fremdkörper in den Körper gelangen (auch in einem der Fälle von Bauchactinomykose gelang es in der Albert'schen Klinik den Infectionsträger, eine Spelte, direct zu finden). Nach Besprechung der Diagnose und Prognose (die Illich für die Hals- und Kopfactinomykose [seltene Fälle ausgenommen] für eine gute hält, da der Knochen nur selten und dann meist secundär am

[2]) Diese Wochenschrift, No. 22.
[3]) s. Annales de Gynéc., 1892, Decemberheft.
[4]) Seitdem hat Pinard 6 weitere Symphyseotomien ausgeführt, alle mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind. Sie sind in der Statistik von Varnier (Annales de Gynéc., 1893, Aprilheft) angeführt, jedoch finden sich keine Angaben über den Verlauf des Wochenbettes.

[5]) Annales de Gynéc., 1893, April-Heft.
[6]) Annales de Gynéc., 1893, April-Heft.
[7]) Die seitdem veröffentlichte 20. Symphyseotomie Pinard's (Annales de Gynécol., 1893, Juni-Heft) endete tödtlich für die Mutter in Folge von Septichämie von der Symphyseotomie-Wunde aus; das Kind blieb am Leben.
[8]) Annales de Gynéc., 1892, December-Heft.

Process sich betheiligt) wird die Therapie erwähnt und erscheint danach die Entfernung grösserer Knochentheile nicht indicirt. Auch betreffs der primären Zungenactinomykose, die bis jetzt in allen Fällen in Form eines in wenig Wochen allmählich entstandenen schmerzlosen Knotens (in der Regel in der vorderen Zungenhälfte in der Nähe der Zungenspitze) beobachtet wurde, kann Illich einige Fälle anführen, die den relativ gutartigen Charakter zeigen; hingegen ist die Lungenactinomykose unter allen Formen der Actinomykose die trostloseste, da in keinem Fall Heilung zu erzielen war und bisher alle gegen den Hauptherd der Lunge gerichteten Eingriffe als misslungen zu bezeichnen sind. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle war der Unterlappen primär ergriffen, doch sind schon 9 Fälle von primärer Lungenactinomykose, einer sogar in der Lungenspitze selbst zu notiren, so dass, da oft die pathogenen Körner im Sputum vermisst werden, die grosse Aehnlichkeit mit chronischer Lungentuberculose (zumal wenn die Thoraxwand noch nicht betheiligt) die Diagnose erschwert. Illich hält es für das Wahrscheinlichste, dass die Einathmung feinster Fremdkörper, an denen die Pilze haften, die Infection ermöglicht, — die Affection beginnt als Bronchitis und Bronchopneumonie.

Betreffs primärer Bauchactinomykose werden aus Albert's Klinik 3 vielfach interessante Fälle angeführt, die die verschiedenartigen klinischen Bilder gut illustriren, meist ist das harte, schmerzlose, undeutlich abgegrenzte Bauchdeckeninfiltrat das erste Symptom und jedes solche, sei es, dass es mehr unter dem Bild einer Blinddarmentzündung oder einer Perinephritis verläuft — muss den Verdacht auf Actinomyces erwecken. Illich verlegt die Eingangspforte in das Coecum oder dessen Nähe (Colon ascendens oder unterer Dünndarm) und giebt es neben der mehr unter dem Bild einer Psoitis oder Typhlitis verlaufenden Form auch eine solche mit noch mehr auf der Oberfläche der Schleimhaut stattfindender Ausbreitung. Die Prognose ist selbst bei frühzeitig erkannten Fällen eine bedenkliche — zumal wenn der Process auf das retroperitoneale Zellgewebe übergreift.

Betreffs der Hautactinomykose wird die Aehnlichkeit mit dem Scrophuloderma und luetischer Affection hervorgehoben, das actinomykotische Ulcus von dem in mehr discret vertheilten Eruptionen auftretenden actinomykotischen Lupus unterschieden und die schrankenlose Verbreitungsweise der zapfenartig alle Gewebe durchwuchernden Granulationen geschildert. Für eine Reihe von Fällen der neueren Literatur ist die Eingangspforte nicht zu bestimmen und stellt Illich diese als Fälle „unsicherer Eingangspforte“ zusammen. Bezüglich der Therapie betont Illich, dass man bei vielen Formen der Kopf- und Halsactinomykose mit geringen operativen Eingriffen, selbst Injectionen antiseptischer Lösungen ans Ziel gelangt, dass schwerere Processe tiefere Spaltungen und energische Auskratzungen erfordern, während halbseitige Kieferresectionen heutzutage als Fehler gelten würden. Der Zutritt der atmosphärischen Luft scheint Illich in vielen Fällen direct den Process der Rückbildung zu fördern. Betreffs der Sublimatinjectionen befürwortet Illich die $^1/_4$ proc., die in grösserer Menge injicirt werden kann (4 bis 5 Pravaz'sche Spritzen täglich), ohne zu starke Reaction zu machen. Während auch bei Zungenactinomykose Incision und Auskratzungen meist genügen, grössere Eingriffe meist nicht angezeigt sind, hat bei der Lungenactinomykose jeder, auch der gewaltigste operative Eingriff, wenig Chancen und erscheinen hier auch Fälle von Spontanheilungen ziemlich fraglich. Betreffs der Bauchactinomykose empfiehlt Illich Spaltung und Auskratzung aller Gänge und Tamponade mit Sublimatkieselguhr (1—2 pro mille); auch ein mit Tuberculininjectionen geheilter Fall wird aus Kahler's Klinik angeführt, mit demselben jedoch ein anderer Fall, in dem die Tuberculininjectionen keinen Effect hatten. Schliesslich erwähnt Illich noch die Fälle von Pseudoactinomykose, bespricht besonders die als Madurafuss bekannte Pilzerkrankung in Indien.

Die Zusammenstellung der Actinomykose-Literatur in alphabetischer Reihe, 569 Nummern umfassend, wird vielen willkommen sein, wie auch 2 vorzüglich typische, in Lichtdrucktafeln wiedergegebene Fälle die Arbeit Illich's zieren. Bei der so zerstreuten Literatur des Themas kann die Illich'sche Arbeit, die sich in vieler Beziehung der trefflichen Israel'schen Monographie anreiht, dem Praktiker, für den die Actinomykose durchaus nicht so belanglos ist, als man glauben könnte — bestens empfohlen werden. Schreiber.

L. Kirn: Geistesstörung und Verbrechen. Sonderabdruck aus der „Festschrift zur Feier des 50jährigen Jubiläums der Anstalt Illenau“. Heidelberg 1892, bei Carl Winter.

Die Schrift Kirn's verdient deshalb weiteren Kreisen bekannt zu werden, weil sie in nüchterner Weise und knapper klarer Form uns das Urtheil eines erfahrenen Fachmannes über die neuere italienische Verbrecheranthropologie (Lombroso) bringt.

Es steht zweifellos fest, dass geistige Abnormitäten unter Umständen zu verbrecherischem Hange führen können, sowie dass dieselben von leiblichen Zuständen, theils von Entwicklungshemmungen, theils von erworbenen Krankheitszuständen des Gehirns abhängen können, ein krankhafter Verbrechertypus, wie ihn die italienische Schule gezeichnet hat, existirt aber nicht. Denn erstens zeigen die Gewohnheitsverbrecher ebensowohl in ihrer körperlichen Entwicklung als in ihren geistigen Anlagen die grösste Mannigfaltigkeit und zweitens finden wir die als charakteristisch angeführten körperlichen und geistigen Eigenthümlichkeiten zuweilen auch bei unbescholtenen Menschen. Nur so viel steht fest, dass eine Anzahl Gewohnheitsverbrecher auf einer niedereren geistigen Stufe steht, als die Majorität ihrer Mitmenschen. Dass der angenommene Verbrechertypus auf atavistischer Grundlage beruht, dafür fehlen alle Beweise. Der Begriff des Verbrechens und somit auch des Verbrechers ist ein absolut relativer und von der Culturstufe, der geschichtlichen Entwicklung und den Zeitverhältnissen abhängig: Die Zeichen der körperlichen Entartung erlangen nur dann eine praktische Bedeutung, wenn sie sehr ausgesprochen und in grösserer Zahl vorhanden sind und wenn gleichzeitig mit ihnen geistige Abweichungen von der Norm nachgewiesen werden können.

Irgend eine auch nur einigermaassen gesetzmässige Abweichung vom normalen Bau des Schädels kann nicht festgestellt werden, zudem beobachten wir mitunter auch die gleichen Anomalien bei Menschen, welche nie mit dem Strafgesetzbuch in Conflict kommen. Auch die mühevollen Schädelmessungen haben zu keinem weiteren Ergebniss geführt, als dass man bei Verbrechern in 1. Linie unverhältnissmässig viele abnorm kleine, und in 2. Linie eine kleinere Zahl die mittlere Grösse an Umfang überschreitende Schädel gefunden hat. Ein abnormer Schädel muss aber noch nicht nothwendig ein abnormes Gehirn beherbergen. Die Mittheilungen über Hemmungsbildungen an einzelnen Verbrechergehirnen sind vereinzelt geblieben und stehen zum Theil mit einander im Widerspruch. Nur so viel steht fest, dass der Durchschnitt der Gewohnheitsverbrecher unter dem mittleren geistigen Niveau der Menschheit im Allgemeinen steht. Dieses braucht aber nicht auf einer angeborenen Anlage zu beruhen, sondern kann sehr wohl durch einen Complex krankhafter Processe, welche theils das verbrecherische Leben an sich, theils der langjährige Aufenthalt in der Strafanstalt zur Reife gebracht hat, herbeigeführt sein.

Der geistige Defectzustand des Verbrechers entspricht nur selten der Moral insanity und ebenso wenig lässt sich dieser sittliche Schwachsinn mit dem Geisteszustand des Epileptikers identificiren, er kann höchstens eine Symptomengruppe dieses so sehr complicirten Leidens darstellen; am allerwenigsten dürfen die Epileptiker, selbst nicht in nur einer Beziehung, auf eine Stufe mit dem Gewohnheitsverbrecher gestellt werden.

A. Cramer-Eberswalde.

Charcot: Poliklinische Vorträge. Uebersetzt von Dr. S. Freud, Privatdocent an der Universität Wien. ca. 5 Lieferungen, à 2 M.

Man hat nicht mit Unrecht die Salpêtrière ein grosses Sieb genannt, in welchem alle interessanten Nervenkranken

Frankreichs hängen bleiben. Ein einziges ihrer Eingangsthore, die Poliklinik Charcot's zeigt ein wissenschaftliches Material so reichhaltig, wie es wohl nirgends sonst zu finden ist. Dieses wird in den „Leçons du mardi" von dem Meister selbst vorgeführt, dessen medicinische Vorträge auch hier, wo sie improvisirt sind, bewunderungswürdige Kunstwerke bleiben. Die Kranken werden hier vorgestellt, wie der Zufall sie bietet, neben den Raritäten fehlen die gewöhnlichen Fälle nicht, die jeder Arzt kennen soll. Auch der letzteren Besprechung wird jedem Leser ein Genuss sein, ganz abgesehen davon, dass wohl jeder Arzt auch da noch manche unerwartete Belehrung schöpfen kann.

Das 1. Heft enthält unter Anderem: Tabes mit Facialislähmung; schmerzhafte Form hysterischer Monoplegie; partielle Epilepsie; sensible Epilepsie; Migraine ophthalmique, Neurasthenie; Chorea; eine complicirte Form von Myopathie, Pachymeningitis cervic. hypertroph.; intermittirendes Hinken und Diabetes; mehrere Fälle von Tabes etc.

Die Mühe des Uebersetzers, der die Vorzüge des französischen Textes so weit möglich erhielt, ist keine schlecht angewandte. Bleuler.

J. Albarran: Les tumeurs de la vessie. Paris, Steinheil, 1892.

Das vorliegende Werk ist eine vollendete Monographie über die Geschwülste der Harnblase. Schon die anatomischen Vorbemerkungen basiren auf eigener Forschung und dienen zur Erweiterung unserer Kenntnisse besonders über die Blut- und Lymphgefässe der Harnblase.

Die Geschwülste selbst sind nach moderner pathologisch-anatomischer Auffassung classificirt und dargestellt; die gewöhnlichen wie die seltenen Formen sind genau gewürdigt und zwar nicht allein aus der französischen, sondern auch aus der fremden, vor allem der deutschen und englischen Literatur. Die Aetiologie und die Pathogenese dieser Tumoren ist sorgfältig bearbeitet; die Symptomatologie ebenso. Die cystoskopische Untersuchung ist vollauf gewürdigt und den Verdiensten Nitze's Rechnung getragen. Auch Diagnose und Behandlung haben die gebührende Beachtung gefunden.

Das Werk gehört zu den besten Publicationen auf diesem speciellen Gebiete. Es wird für Specialisten und Chirurgen und alle diejenigen Aerzte, welche sich mit dem Gegenstand etwas eingehender beschäftigen wollen, unentbehrlich sein.

Ein Vorwort von Guyon selbst führt das Buch ein; es ist ein Product eines seiner tüchtigsten Schüler. Die historischen Bemerkungen, die als Einleitung dienen, verdienen Beachtung.

Die Ausstattung des Werkes ist musterhaft; die beigegebenen 9 Tafeln sind unübertrefflich.

Helferich-Greifswald.

Franz König: Lehrbuch der speciellen Chirurgie. 6. Auflage, I. Band. Berlin, Verlag von Hirschwald, 1893.

Von der König'schen Chirurgie erscheint schon wieder eine neue Auflage, die 6.! Einstweilen liegt der erste Band dieser Auflage, enthaltend die Krankheiten des Kopfes und Halses, vor. Ein Vergleich dieses Bandes mit den einschlägigen Capiteln der ersten Auflage ist wirklich interessant. Er zeigt so recht deutlich den mächtigen Fortschritt, den unsere Wissenschaft in den letzten Jahrzehnten gemacht hat, und wenn man weiterhin Auflage für Auflage vergleicht, so sieht man, wie es König stets verstanden hat, sich auf der Höhe der Wissenschaft zu halten. So ist auch in der jetzigen Auflage die Literatur bis auf die neueste Zeit eingehend berücksichtigt. Darin liegt aber nicht der grösste Vorzug des Buches. Dieser wird erst dadurch gegeben, dass König seine eigenen, so reichen Erfahrungen mit denen der anderen Chirurgen verglichen, dass er sich dabei eine eigene Meinung gebildet hat und dass er nur diese seine subjective Ansicht hervortreten lässt, ohne andere Anschauungen zu verschweigen. So erfährt man bei jeder therapeutischen Frage, was König in dem gegebenen Fall thun würde und das ist für den praktischen Arzt ausserordentlich wichtig. Er kann sich unbedingt darauf verlassen, dass der gegebene Rath der beste ist.

Die Darstellung, die in früheren Auflagen hier und da etwas zu wünschen übrig liess, hat sich in der vorliegenden Auflage auch geklärt, so dass wir in jeder Hinsicht ein Meisterwerk vor uns haben. Hoffa-Würzburg.

R. J. Petri: Der Choleracurs im Kaiserlichen Gesundheitsamte. Vorträge und bakteriologisches Practikum. Mit zwei in den Text gedruckten Abbildungen und vier Mikrophotogrammen. Berlin 1893. Richard Schötz. 259 S.

Das vorliegende Buch zerfällt in einen bakteriologischen und einen epidemiologischen Theil, von denen der erstere die zum Nachweis des Choleravibrio dienenden Methoden in Form von zwölf Cursvorträgen enthält. Auffallend erscheint, dass die von Schottelius und Gruber ursprünglich angegebene und mit bestem Erfolg benützte, neuerdings von Heim für den Nachweis der Choleravibrionen im Wasser empfohlene Methode der Anzüchtung in Peptonlösung bei 37° nur ganz nebenbei erwähnt und das Wichtigste dabei, die alkalische Reaction der Peptonlösung, nicht angegeben wird. Der epidemiologische Theil enthält sehr viel Material, namentlich auch historisches, über die Wanderungen der Cholera, ferner über die Beziehungen des Verkehrs zur Choleraausbreitung, Verlauf der Epidemie in den einzelnen Ortschaften u. s. w. Die hiebei gegebenen Erklärungsversuche müssen vielfach als willkürliche bezeichnet werden, wie z. B. wenn Verfasser von dem explosionsartigen Auftreten der Cholera sagt, dass dies „gewöhnlich" durch die gemeinsame Wasserversorgung bedingt sei. Man kann die Verbreitung des Choleravibrio durch Wasser noch so sehr für möglich und plausibel halten, und muss doch zugeben, dass eine derartige Behauptung in den wirklichen Erfahrungen, bei dem relativ seltenen Vorkommen centraler Wasserversorgungen in früheren Zeiten, keine Stütze findet und daher rein construirt ist.

Der Schluss des Werkes bringt in ausführlicher Darstellung die Maassnahmen, welche nach dem Ausbruch der Cholera zu treffen sind, sowie in einem Anhang eine, dem amtlichen Arzte zweifellos nützliche Zusammenstellung aller in Geltung stehenden Vorschriften, Belehrungen und Dienstanweisungen gegenüber der Choleragefahr. Buchner.

H. Schiess, Prof. der Augenheilkunde in Basel: **Kurzer Leitfaden der Refractions- und Accommodationsanomalien.** Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1893.

Verfasser will mit seiner kleinen Schrift für Studirende und Aerzte eine kurze, leicht fassliche Anleitung zur selbstständigen Brillenbestimmung geben, wobei das zum Verständniss Nothwendigste über Linsengesetze, Refractions- und Accommodationsanomalien theils vorausgeschickt, theils angeschlossen wird. Obgleich Verfasser auf diese Weise von der wohl zweckentsprechenderen systematischen Aneinanderreihung abgegangen ist und dadurch zu manchen Wiederholungen veranlasst wird, ist ihm seine Absicht doch gut gelungen, da das Verständniss durch klare und anregende Darstellung und gute Illustrationen erleichtert wird. Hiebei ist besonders das Capitel über Sehschärfe und Accommodationskrampf hervorzuheben. Ueber den Astigmatismus geht Verfasser kurz hinweg, von der richtigen Voraussetzung ausgehend, dass dessen genauere Bestimmung dem Specialarzte überlassen bleibt. Für den Nachweis des As. wäre aber doch wohl das Placido'sche Keratoskop zu erwähnen gewesen. Druck, Papier und Ausstattung der kleinen 69 Seiten umfassenden Schrift ist, wie dies bei der Verlagsbuchhandlung vorauszusetzen, vorzüglich. Ein paar sehr sinnstörende Druckfehler wird die wohl bald folgende 2. Auflage zu vermeiden haben. Dr. Seggel.

Dr. **Adolph Vossius.** Prof. der Augenheilkunde etc. in Giessen: **Leitfaden zum Gebrauche des Augenspiegels für Studirende und Aerzte.** 3. Aufl. Berlin, Verlag von August Hirschwald, 1893.

Die beiden gut bekannten ersten Ausgaben werden in der vorliegenden 3. Auflage durch zweckmässige Abbildungen und

die durch die Fortschritte der Ophthalmoskopie nothwendigen Ergänzungen vermehrt. Demnach ist ein Abschnitt über die Schattenprobe (Skiaskopie) aufgenommen, welche Untersuchungsmethode sich neuerlich theilweise grosser Beliebtheit erfreut. Wenn Verfasser sich dahin äussert, dass sich die Methode zur Refractionsbestimmung gerade nur für die höheren Grade der Myopie eignet, so glaubt Referent diese Beschränkung doch dahin erweitern zu sollen, dass die Schattenprobe für den im aufrechten Bilde nicht Geübten auch für die mittleren Myopiegrade von 2 Dioptrien aufwärts eine einfache und bequeme Methode der Refractionsbestimmung ist.

Durch die praktische Anlage und klare Darstellung wird auch die 3. Auflage des V.'schen Leitfadens sich viele Freunde erwerben. Dr. Seggel.

Dr. **A. Roth**, Stabsarzt in Berlin: **Die Doppelbilder bei Augenmuskellähmungen in symmetrischer Anordnung.** Berlin, Verlag von August Hirschwald, 1893.

In höchst einfacher übersichtlicher und leichtverständlicher Weise findet sich hier die Stellung der Doppelbilder bei den verschiedenen Augenmuskellähmungen dargestellt. Als Muster ist das linke Auge angenommen, doch orientirt man sich an der Zeichnung ebenso leicht für das rechte, wenn man bei rechtsseitiger Lähmung sich dem Kranken gegenüberstellt, während für linksseitige Lähmung die Stellung des Untersuchenden hinter dem Kranken einzunehmen ist. Ein wesentlicher Vortheil des Schemas ist, dass sich auch für combinirte Lähmungen die Stellung der Doppelbilder leicht construiren lässt.

Dr. Seggel.

Neue Lehrbücher der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie.

1) Goldscheider: Diagnostik der Nervenkrankheiten. Berlin, Fischer's med. Buchhandlung, 1893. (Mit Abbildungen.)

Goldscheider will dem praktischen Bedürfnisse genügend einen Leitfaden für die Untersuchung der Nervenkrankheiten liefern. Nach einleitenden Bemerkungen über Anamnese, Aetiologie etc. stellt er die Untersuchungsmethoden und die Symptomatologie der verschiedenen Störungen des Nervensystems übersichtlich zusammen. Die Elektrodiagnostik und die Sprachetc. Störungen werden in eigenen Capiteln kurz behandelt, die topische Diagnostik für periphere, spinale etc. Localisation eingehend besprochen. In der II. Hälfte des Compendiums giebt der Verfasser eine kurze Uebersicht über die specielle Diagnostik. Die Zusammenstellung der Symptome etc. ist gut geordnet, in Anmerkungen werden physiologische und anatomische Notizen geboten, die gangbarsten Schemata erläutern das Besprochene. Die Differentialdiagnose ist im speciellen Theil gebührend berücksichtigt. In engem Raume wird dem Leser eine Menge gut zusammengestellten Stoffes geboten. Das Buch entspricht dem beabsichtigten Zwecke in jeder Weise und kann sehr empfohlen werden.

2) K. Alt und K. Schmidt: Taschenbuch der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie. Halle, W. Knapp, 1893.

Eine kurze Zusammenstellung der einschlägigen Gesetze der Physik nebst Besprechung der wichtigsten Apparate, die von dem einen der Autoren, dem Physiker, bearbeitet ist, enthält der I. Theil, im II. geht der andere Verfasser, der Mediciner, auf die elektrischen Untersuchungsmethoden und die specielle Anwendung der Elektricität zu therapeutischen Zwecken näher ein. Zahlreiche Abbildungen, Curven etc. unterstützen die übersichtliche Zusammenstellung wesentlich.

3) P. Möbius: Abriss der Lehre von den Nervenkrankheiten. Leipzig, A. Abel, 1893.

Das kleine Charcot gewidmete Bändchen enthält eine Reihe kurzer Besprechungen, im I. Theil der Symptomatologie, Therapie und topischen Diagnostik, im II. Theil der hauptsächlichsten Erkrankungen des Nervensystems. Neu ist die Anordnung der Nervenkrankheiten. Möbius theilt sie ein in exogene (infectiöse, toxische) und endogene (congenitale). Es erscheint somit das Werkchen als der Versuch einer natürlichen Eintheilung der Nervenkrankheiten nach ihrer Aetiologie. Freilich lässt eben dieser Versuch gerade die grossen Lücken unserer Kenntnisse auf diesem Gebiete gegenüber anderen recht deutlich erkennen.

4) L. Hirt-Breslau: Lehrbuch der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie. F. Enke, Stuttgart, 1893.

Der Verfasser erfüllt das vorhandene Bedürfniss nach einem umfassenderen und doch nur das Wesentlichste enthaltenden kurzen Lehrbuch für ein etwas eingehenderes Studium der Anwendung der Elektricität in der Heilkunde. Der physikalische Theil (52 S.) mit zahlreichen guten Abbildungen erläutert die Apparate, Stromgesetze etc.; der medicinische Theil (167 S.) zerfällt in die Diagnostik (72 S.) und in die Therapie (95 S.). Den einzelnen Capiteln ist die Angabe der Fachliteratur beigefügt. Obwohl auch der Verfasser nach Möbius' Vorgang die suggestive Wirkung der Elektricität betont, geht er doch im therapeutischen Theil in wünschenswerther Weise auf das Detail ein und vielfache praktische Winke weisen auf die reiche Erfahrung hin, über die der Autor verfügt. Das Buch wird sich rasch Freunde erwerben.

5) Pierson-Sperling: Lehrbuch der Elektrotherapie. 6. Auflage, Leipzig, A. Abel. (405 S. kl. Octav.)

Der durch zahlreiche Abbildungen erläuterten ausführlichen physikalischen Einleitung folgt eine Darlegung der Thatsachen aus der Elektrodiagnostik und Therapie. Der letzteren sind an vielen Stellen umfangreiche Krankengeschichten vom Verfasser beigegeben. Im Gegensatze zu den beiden vorstehend referirten Bearbeitungen der Elektrotherapie verficht der Autor die specifische, heilende Wirkung des elektrischen Stromes. Seinem Zwecke wird das Buch in anerkennenswerther Weise gerecht.

6) Dr. Fr. Windscheid-Leipzig: Die Anwendung der Elektricität in der medicinischen Praxis. Medicinische Bibliothek, Leipzig, Naumann. (Mit Abbildungen.)

Das Bändchen (176 S. kl. Octav) enthält in leicht fasslicher Form die Hauptsätze von den physikalischen Grundgesetzen und der diagnostischen und therapeutischen Anwendungsweise der Elektricität in der Medicin. Der wichtigste Theil, die Elektrodiagnostik, ist dem rein praktischen Zwecke des Werkchens entsprechend etwas knapp, aber übersichtlich gehalten. Wesentliches ist nirgends übersehen.

Chr. Jakob-Erlangen.

Vereins- und Congress-Berichte.

Aerztlicher Verein München.

Prof. **Bollinger:** 1) **Actinomykose der Unterkiefergegend.** (Vorgetragen am 1. März 1893.)

Der Vortragende demonstrirt eine blutig gefärbte serösеitrige Flüssigkeit, welche aus der Submentalgegend operativ entleert wurde. In der Flüssigkeit und theilweise auch am Glase angetrocknet finden sich zahlreiche sandkornartige Gebilde von weissgelblicher Farbe, Actinomycescolonien, die schon für das unbewaffnete Auge als solche deutlich erkennbar sind.

Das Präparat stammt von einem 18jährigen Mann, Apotheker, der seit längerer Zeit in Behandlung des Herrn Landgerichtsarztes Dr. Müller steht. Patient beschäftigte sich nebenbei auch mit Sammeln von Pflanzen auf Excursionen. Seit November 1892 bemerkte Patient eine Anschwellung in der Unterkinngegend. Dieselbe wurde am 21. December incidirt; der damals entleerte Eiter war eigenthümlich dünnflüssig; Actinomyceskörner wurden darin nicht constatirt. Ende Februar 1893 wurde Herr Hofrath Dr. Brunner consultirt; derselbe incidirte wiederum und entleerte diesen blutgemischten Eiter, der reichliche sandkornartige Gebilde, Actinomycesdrusen, enthielt und der dem Vortragenden von den behandelnden Aerzten, die heute leider am Erscheinen verhindert sind, zur Untersuchung und Demonstration überlassen wurde.

Dieser Fall, über dessen Verlauf und Ausgang später zu berichten sein wird, zeigt deutlich, dass die Actinomyceskörner mit blossem Auge ohne Schwierigkeit erkannt werden können. Der Vortragende erwähnt schliesslich die neueste Monographie

über Actinomykose von Dr. Illich[1]) aus der Klinik von Prof. Albert in Wien. Illich hat bis August 1892 nicht weniger als 421 Fälle aus der Literatur gesammelt, von denen mehr als die Hälfte (234) auf Kopf, Hals und Zunge treffen, während 89 Fälle auf den Bauch, 58 auf die Lunge, 11 auf die Haut und 29 auf eine nicht näher festzustellende Eingangspforte entfallen. — Unterdessen wurde dem Vortragenden ein weiterer Fall von Lungenactinomykose aus Augsburg, sowie ein solcher der Unterkiefergegend aus der Klinik des Herrn Prof. Angerer zur Kenntniss gebracht und durch mikroskopischen Nachweis der specifischen Pilze die Diagnose bestätigt.

2) **Hochgradiger Hydrocephalus congenitus bei einem Kinde.**

Der Vortragende demonstrirt das Schädeldach, sowie Abbildungen eines Falles von Hydrocephalus bei einem $1^2/_3$ Jahre alten[2]) Kinde.

Bei Eröffnung des Schädels fanden sich in den sackartig erweiterten Hirnkammern 2 Liter Flüssigkeit; das entsprechend veränderte Gehirn hatte ein Gewicht von 800 g. — Die Symptome der Krankheit zeigten sich schon unmittelbar nach der Geburt, das Kind blieb gegen Kinder desselben Alters geistig weit zurück; sprechen konnte es nicht, dagegen war es im Stande, Personen von einander zu unterscheiden. — Die Körperentwicklung war eine sehr dürftige. — Die Kopfschwarte wurde in Folge der enormen Ausdehnung des Schädels atrophisch; zuletzt trat Brand ein und der Knochen lag frei zu Tage. In Folge der Vortreibung des Stirnschädels sah man zuletzt nur noch das Weisse im Auge, die Hornhaut war vollständig verdeckt.

Aetiologisch liess sich im vorliegenden Falle nichts eruiren. Alkoholismus der Erzeuger, Lues sind auszuschliessen, so dass die Ursache der offenbar intrauterin entstandenen serösen Leptomeningitis wie in vielen derartigen Fällen nicht aufgeklärt ist.

3) **Primäre käsige Tuberculose der Bronchialdrüsen bei Kindern.**

Der Vortragende demonstrirt 5 Fälle von primärer käsiger Tuberculose der Bronchialdrüsen bei Kindern, welche im Verlaufe einer Woche bei Sectionen gewonnen wurden und theils aus dem Hauner'schen Kinderspitale, theils aus der pädiatrischen Poliklinik des Reisingerianums stammen. — In einem Falle verursachten die enorm geschwellten Drüsenpackete Trachealstenose und erwies sich die Verengerung der Trachea als nächste Todesursache. In einem weiteren Falle sind sämmtliche Drüsen des Mediastinums betheiligt. In einem weiteren Falle kam es von den Drüsen aus zur regionären Infection, zu einer centralen Tuberculose der Lunge; in 2 Fällen gingen die Kinder an intercurrenten Krankheiten (Scharlach, Diphtherie) zu Grunde und bildete die Erkrankung der intrathoracischen Drüsen einen wichtigen Nebenbefund. — Die grosse Häufigkeit dieser latenten Drüsentuberculose ergiebt sich aus dem Mitgetheilten von selbst; nach unseren Erfahrungen im Pathologischen Institut gehen etwa 30 Proc. aller Kinder, wie sie zur Obduction gelangen, an Tuberculose der Lungen und anderer Organe (besonders der Hirnhäute, Gelenke, Knochen) zu Grunde; bei weiteren 12—15 Proc., die bei sorgfältiger Untersuchung auf 20 Proc. steigen, findet sich käsige Tuberculose der intrathoracischen Drüsen in allen Stadien der Entwicklung. — Tiefe Einschnitte in die Lungenwurzel sind vielfach erforderlich, um die versteckt liegenden Drüsen namentlich in den ersten Stadien der Entwicklung des tuberculösen Processes zur Anschauung zu bringen.

4) **Arteriosclerotisches chronisches Herzaneurysma.**

Der Vortragende demonstrirt einen typischen Fall von chronischem Herzaneurysma mit Ausgang in Ruptur. Das Präparat stammt von einem geisteskranken Patienten, 69 Jahre alt, und wurde von Herrn Obermedicinalrath Prof. Grashey dem Pathologischen Institut überlassen. Der Patient erkrankte etwa 14 Tage vor seinem Tode unter dem Bilde einer Pleuropneumonie, der Puls war sehr klein, unregelmässig. Die aneurysmatische Ausbuchtung des linken Ventrikels ist mit einem wandständigen Thrombus ausgekleidet, an einer verdünnten Stelle findet sich eine kleine Ruptur, im Herzbeutel blutiger Inhalt.

[1]) Beitrag zur Klinik der Actinomykose. Wien 1892.

[2]) Präparat und Abbildung verdankt der Vortragende der Güte des Herrn Dr. Holzmann in Feldkirchen.

Als Ursache der Aneurysmenbildung findet sich eine hochgradige Sclerose der Coronararterien, deren Lumen theilweise fast undurchgängig ist. — Das acute Stadium des Processes, die hämorrhagische Myomalacie, wird an der Hand einer Abbildung erklärt.

5) **Acute primäre mycotische Endocarditis der Aortaklappe bei einer 39 jährigen Gravida.**

Auf einer aneurysmatisch ausgebuchteten Semilunarklappe findet sich eine fast kirschgrosse Excrescenz, die nur stellenweise missfarbig grau gefärbt erschien. Mikroskopisch fanden sich zahlreiche Diplococcen, wie bei croupöser Pneumonie. Embolien fehlten vollständig; dagegen fand sich eine septische parenchymatöse Hepatitis so hohen Grades, dass die Leber um mehr als das Doppelte des Normalen vergrössert war (Gewicht 7 Pfund); ebenso war die Milz stark geschwellt. — Gegenüber den diphtheroiden malignen Formen der Endocarditis, welche durch Streptococcen oder Staphylococcen bedingt sind, scheinen derartige Fälle wie der vorliegende, die durch Pneumoniediplococcen verursacht sind, klinisch einen mehr gutartigen Charakter zu haben.

Gesellschaft für Morphologie und Physiologie zu München.

Sitzung vom 18. Juli 1893.

Dr. **Sittmann**: **Demonstration eines Falles von Polydactylie.**

Der 27 Jahre alte Mann, in dessen Familie ähnliche Erscheinungen nicht zu Tage getreten sein sollen, zeigt an der rechten Hand Verdoppelung der Daumenphalangen; der Metakarpalknochen ist einfach, aber sehr verdickt, auf der Dorsalseite des Metakarpalknochens scheint in der Medianlinie eine seichte Furche zu verlaufen. Es macht den Eindruck, als ob die proximalen Gelenkenden der Daumengrundphalangen vollständig getrennt seien, sie sind wenigstens gegen einander in geringem Maasse verschieblich. Das Metakarpophalangealgelenk würde demnach aus 3 Knochen gebildet. Die Beweglichkeit in dem Gelenke ist nach allen Seiten frei — die Möglichkeit des Vergleiches mit der gesunden Seite fehlt, da der linke Vorderarm wegen einer Verletzung vor 5 Jahren amputirt werden musste —, die beiden Daumen functioniren dabei wie ein einfacher; nur nähern sich die beiden Nagelglieder einander bei der Flexion und entfernen sich von einander bei der Adduction; letztere Bewegungen werden ziemlich kraftvoll ausgeführt und erinnern lebhaft an die Functionen einer Krebsscheere. Eigene Muskeln für diese Bewegungen fehlen, es fehlt ja auch bei der Einfachheit des Metakarpus ein Raum für dieselben wie bei den übrigen Fingern; die Bewegungen werden vielmehr erzeugt durch Contraction des M. flexor pollic. long. und des M. adductor pollicis.

Ueber den Ansatz der Muskeln wurde ein Urtheil gewonnen durch Reizung der motorischen Punkte mittels des faradischen und galvanischen Stromes. Der M. flexor pollicis long. inserirt mit 2 Sehnen an der Basis beider II. Phalangen, man fühlt bei der Contraction dieses Muskels 2 Sehnen vorspringen, zugleich contrahirt sich eine bogenförmige aponeurotische Verbindung der Zwischenhaut der beiden Phalangen. Der M. abductor poll. long. inserirt an der Grundphalanx des radialen Daumens; die Mm. flex. pollic. brev., abduct. brev. und opponens setzen mit je einer Sehne an der Basis der Grundphalanx des radialen Daumens an; die beiden Extensoren inseriren in der Dorsalaponeurose. Die elektrische Reizung des M. adductor ergibt kein Resultat, doch kann aus der Thatsache, dass bei willkürlicher Adduction die beiden Daumen sich von einander entfernen, geschlossen werden, dass der M. adductor an der medialen Seite der Grundphalanx des ulnaren Daumens ansetzt. Die elektrische Reizung von den Nervenstämmen aus ergibt normales Ausbreitungsgebiet der Nerven.

Der Befund, dass alle Muskeln bei der Verdoppelung der Knochen einfach geblieben sind, ist ein Beweis für die Richtigkeit der bisherigen Annahme, dass die Polydactylie eine Spaltung der Anlage eines Organes darstellt; wäre das Organ von Anfang an doppelt angelegt, so müssten alle Bestandtheile desselben sich doppelt vorfinden.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Académie de Médecine.

Sitzung vom 1. August 1893.

Das Theobromin und seine Anwendung bei Herzaffectionen und deren Compensationsstörungen.

Wie schon Gram in der ersten Arbeit über Diuretin (1890) hervorhebt, dass dem Theobromin dabei allein die diuretische Wirkung zukomme und das Natrium salicylicum nur dazu diene, das sehr schwer durch den Magen resorbirbare Theobromin leichter zur Resorption zu bringen, so kam Germain Sée nach einer Reihe von Beobachtungen zu dem Resultate, dass das Theobromin den Vorzug vor allen anderen harntreibenden Mitteln verdiene.

Nach mehreren Analysen, welche Sée ausführen liess, ergab sich, dass das sogenannte Diuretin keineswegs aequivalent einem Theobromin-Natronsalicylicum, sondern nichts Anderes ist wie Theobromin in 40 proc. Natronlauge aufgelöst, welcher Lösung noch Natrium salicyl. zu 16 Theilen beigegeben sei. Die Anwesenheit des Aetznatrons erklärt schon zur Genüge den schädlichen Einfluss, welchen Diuretin zuweilen auf Verdauungs- und Circulationsorgane habe, zumal man von Diuretin (bis 10 g täglich) das doppelte und dreifache des Theobromins (1—5 g täglich) anwenden muss. Das letztere gehört ebenso wie das Coffeïn zu den sog. Xanthinen, es kommt vom Chocolade, während das Coffeïn vom Thee, Kaffee, von Maté (Paraguaythee) und der Kolanuss gewonnen wird. Das Theobromin verursacht eine 5 mal stärkere Diurese, indem es direct auf die secernirende Thätigkeit der Niere einwirkt. Die Verdauungsorgane werden nur selten angegriffen, zuweilen vorkommendes Erbrechen und Uebelkeit verschwinden bei kleinerer Dosirung des Mittels; das Theobromin wird mit dem Harn wieder unverändert ausgeschieden. Das Nervensystem wird in keiner Weise beeinflusst, während die Athmung durch Nachlassen der Dyspnoe verbessert wird. Während das Diuretin auf die Circulationsorgane, Herz und Gefässe oft in ausserordentlich ungünstiger Weise einwirkt — Geissler sah bei einem Drittel von 31 Patienten Arythmie des Pulses, Tachycardie, Cyanose, auch profuse Diarrhoeen nach achttägiger Anwendung des Mittels eintreten —, war bei Theobromin nichts dergleichen zu beobachten. Dasselbe ist beinahe unfehlbar bei Hydrops infolge von Herzfehlern, selbst in vorgeschrittenem Stadium. Unter anderen bekam Sée 7 prognostisch sehr schlimme Fälle in Behandlung, wo alle anderen Diuretica (Digitalin, Strophanthus, Coffeïn etc.) schon fehlgeschlagen hatten: die Diurese stieg in 3—4 Tagen auf 2 l und späterhin bis zu 6 l täglich. In demselben Verhältniss ging der Hydrops zurück und verschwand schliesslich vollständig; im Harne war nicht nur die Wasserausscheidung eine vermehrte, sondern auch die der festen Bestandtheile, wie besonders des Harnstoffs. Die Ueberlegenheit des Theobromins über die anderen Diuretica beruht in seiner directen und absolut unschädlichen Einwirkung auf das Nierenparenchym, während z. B. Digitalis und Strophanthus nur die Gefässe erregen und das Herz stärken, welcher Einfluss nicht lange anhalten und eine gewisse Intensität nicht überschreiten kann. Das Coffeïn hat ausserdem noch die Begleiterscheinung, dass es das Gehirn erregt (Delirium, Schlaflosigkeit, hochgradige Excitation). In Fällen also, wo Asystolie, schwere Compensationsstörung, allgemeiner Hydrops mit und Lungenödem vorhanden ist und die anderen Ascites Diuretica versagt haben, muss man zu Theobromin greifen, mag die Ursache der Erkrankung ein Klappenfehler der Mitralis oder Aorta oder eine Myodegeneratio sein. Seine Wirkung ist beinahe stets unfehlbar, der Kranke ist in 5—6 Tagen ausser Gefahr und es besteht für dieses Medicament keine Contraindication, wie für Digitalis oder Coffeïn (Blutungen und Entzündungserscheinungen). Das Theobromin wird, da es in allen Flüssigkeiten unlöslich ist, in Pulvern, Pastillen oder Kapseln verordnet, am 1. Tag 2 g auf 3 oder 4 mal während der Mahlzeit (oder in Milch), da es nur schwer und langsam resorbirt wird, am 2. Tage 3 g und so fort jeden Tag um 1 g steigend. Am 5. Tage wird auf 4 Tage die Behandlung ausgesetzt und dann, wenn nöthig, neuerdings 2—3 g täglich 3 Tage lang gegeben. Auf diese Weise ist der erzielte Erfolg ein völlig bleibender, ohne dass eine Gewöhnung oder Accumulirung eintritt. Durch die ausgiebige Diurese gelingt es, allgemeine Oedeme und Ascites, ohne Punction, zum Schwinden zu bringen; bei Hydrops, der nicht durch Herzfehler, sondern andere wie z. B. Nierenkrankheiten veranlasst ist, sind die Erfolge mit Theobromin nach den bisherigen Erfahrungen sehr zweifelhaft. St.

Aus den englischen medicinischen Gesellschaften.

Obstetrical Society London.

Aetiologie der Hyperemesis Gravidarum.

Dr. Giles berichtet über die Resultate seiner Untersuchungen an über 300 Schwangeren im General Lying-in Hospital in Bezug auf die Aetiologie der Hyperemesis.

Er betrachtet das Auftreten derselben als nicht physiologisch, sondern analog der Eklampsie als ein Zeichen nervöser Schwankungen, abhängig von drei Factoren; diese sind:

1) Erhöhte nervöse Reizbarkeit während der Gravidität, die verschieden nach Alter, Race, Stand, sich nicht nur durch Erbrechen, sondern auch durch choreatische, hysterische, eklamptische und maniakalische Zustände äussert;

2) eine locale Quelle der Irritation, und zwar sowohl das Vorhandensein der Frucht überhaupt, besonders grosse Ausdehnung des Uterus durch Zwillinge z. B., grosses Kind und grosse Placenta, als auch pathologische Verhältnisse des Uterus, wie Erosionen und Flexionen; und

3) prompte Auslösung des nervösen Reizes durch die Vagi —

Des weiteren beobachtete G., dass ca. 1/3 der Fälle ganz und 45 Proc. während der ersten 3 Monate verschont blieben. Am häufigsten trat Erbrechen auf im 2. Monat. Im Alter von 20—25 Jahren ist Erbrechen am seltensten, dagegen tritt es bei Primiparen über 25 Jahren in 90 Proc. der Fälle auf. Während der ersten beiden Schwangerschaften tritt das Erbrechen mehr in den ersten 3 Monaten, bei der 3. Schwangerschaft überhaupt seltener und mehr in den letzten Monaten auf. Frauen, welche schmerzlos und spärlich menstruiren, leiden weniger an Hyperemesis als solche mit reichlicher und schmerzhafter Menstruation. —

In der Discussion bezeichnete Leith Napier als eine weitere Ursache der Hyperemesis das Vorhandensein abnormer Mengen von Liquor Amnii. Er betrachtet das Erbrechen als bedingt durch Reflexreizbarkeit oder durch abnorme intra- oder extra-uterine Verhältnisse. In therapeutischer Beziehung empfiehlt er Menthol 0,1 pro dosi mehrmals täglich. F. L.

British medical Association.

61. Jahresversammlung zu Newcastle-on-Tyne.
1.—4. August 1893.

I.

Das erste General Meeting wurde, nachdem der bisherige Präsident Mr. J. White abgedankt hatte und die verschiedenen geschäftlichen Fragen erledigt waren, durch eine Ansprache des diesjährigen Vorsitzenden Prof. G. H. Philipson-Newcastle eröffnet.

Die British medical Association tagt heuer zum zweiten Male in Newcastle; das erste Mal 1870 mit einer Präsenzzahl von 320 bei 4250 Mitgliedern, heuer beträgt die Präsenz das 4fache, die Mitgliederzahl 14700.

Die Anzahl der Sectionen sind 11: Interne Medicin, Chirurgie, Geburtshilfe und Gynäkologie, Hygiene, Psychiatrie, Anatomie und Physiologie, Pathologie, Ophthalmologie, Pädiatrie, Otologie und Dermatologie.

Prof. Philipson verbreitete sich in seiner Anrede zunächst in gewohnter Weise über Facta von localem Interesse, die sanitären und hygienischen Verhältnisse Newcastle's, und gab eine Geschichte der mit Newcastle eng verbundenen Universität Durham. Sodann sprach er über die Gewerbekrankheiten der in Newcastle so zahlreichen Eisen- und Grubenarbeiter. (In den 3 nördlichen Grafschaften Englands, Cumberland, Durham und Northumberland sind über 120000 Menschen in den Kohlenbergwerken beschäftigt.) Abgesehen von den durch die gewerblichen Schädlichkeiten leicht erklärbaren Katarrhen des Respirations- und Intestinaltractus, sind nur wenig Krankheiten denselben eigenthümlich. Anthrakosis ist sehr selten, Lungenemphysem und Asthma etwas häufiger. Das seltene Auftreten von Nephritis erklärt Philipson durch die profuse Transpiration bei der Arbeit und die täglichen Waschungen der Arbeiter und dadurch erfolgte Kräftigung des Hautorgans; ebenso erklärt sich das Fehlen der rheumatischen Affectionen. Häufiger sind dagegen die Erkrankungen des Gefäss- und Nervensystems. Besonders die Eisenarbeiter leiden in Folge der starken Gefässspannung viel an Herz- und Aortaaffectionen. Von sämmtlichen Fällen der Royal Infirmary zu Newcastle betrafen 15 Proc. Erkrankungen das Circulationssystem und hiervon wieder 15,6 Proc. die grossen Gefässe (hauptsächlich Hypertrophie und Dilatation der Ventrikel, und Aorteninsufficienz) und 17 Proc. Nervenkrankheiten. — In Folge der vielen Bleiwerke kamen sehr viel Bleivergiftungen vor, 2mal soviel bei Weibern als bei Männern. Ursache ist das Bleicarbonat, das leicht in den Organismus übergeht und zu schweren toxämischen Zuständen mit Convulsionen und Coma (Bleiencephalopathie) führt. Die bei der Section gefundenen Veränderungen der Gewebe sind in acuten Fällen sehr gering, bei chronischen dagegen in Herz, Nieren, dem centralen und peripheren Nervensystem ausgeprägt.

Die Cholerafrage berührend, wies Philipson darauf hin, dass zur Zeit der Choleraepidemien 1832 und 1852, wo die Wasserleitung ungenügend und vielfach verunreinigt war, die Mortalität (im

Verhältniss zur Bevölkerungszahl) eine 7 mal grössere war als 1849 bei nachgewiesen reinem Trinkwasser.

Des weitern besprach Philipson dann die Anzeigepflicht bei ansteckenden Krankheiten und hygienische Fragen von allgemeinem Interesse und verlangt zum Schluss eine Centralorganisation des gesammten Gesundheitswesens behufs gemeinsamer und zielbewusster Arbeit. F. L.

Verschiedenes.

Therapeutische Notizen.

(Bei Dyspepsien) aus verschiedenen Ursachen schlägt Grasset folgende Behandlungsmethoden vor: Bei atonischen Zuständen des Magens mit mässiger Dilatation soll bei jeder Mahlzeit eine Dosis von 0,2 Naphthol mit 0,3 Benzonaphthol und ein Kaffeelöffel einer Strychninsulfatlösung von 0,05 : 150 oder einer 1/3 proc. Salzsäurelösung genommen werden. Bei zugleich schmerzhafter Dyspepsie ist ebenfalls Naphthol-Benzonaphthol anzuwenden, dazu ein Esslöffel von Chloroformwasser (150 mit Aq. tiliae 100 und 50 Syr. flor. Aurant.), oder von Strontiumbromür (20 : 300) oder endlich Extr. grass. Cannabis 0,015 zuzufügen. Bei Dyspepsie mit Erbrechen ist vor dem Essen ein Esslöffel Chloroformwasser oder ein Kaffeelöffel Syr. Morph. zu geben, ausserdem, wenn nöthig, zwischen den Mahlzeiten 2stündlich ein Kaffeelöffel von Menthol (1,0 : 20 Alkohol und 30 Syrup) zu verordnen. Bei Dyspepsien mit hartnäckiger Obstipation giebt G. Pulver aus Cascara sagrada 0,25, Naphthol 0,2 und Magnesia usta 0,3 zu jeder Mahlzeit, oder einen Kaffeelöffel von Flor. Sulph., Crem. Tart. und Magn. ust. zu gleichen Theilen, und jeden Abend vor dem Schlafengehen eine Pille aus Pulv. und Extr. Belladonnae, nöthigenfalls mit Podophyllin āā 0,01. Bei Dyspepsie mit Diarrhöen empfiehlt er je 4 Tropfen einer Mischung von Guttae nigr. Angl. und Guttae amarae Beaumè zu gleichen Theilen oder Benzonaphthol mit Wismuth-Salicylat āā 0,25 und lässt in der Zwischenzeit täglich einen Liter einer 1 proc. Milchsäurelösung trinken. Bei Hyperacidität soll nach jeder Mahlzeit und nach weiteren 2 Stunden je 2,0 Natriumbicarbonat mit 1,0 Kreide genommen werden. Bei Dyspepsien mit Anorexie soll der Kranke nach dem ersten Frühstück Tinctura Colae und Tinct. Cocae āā 50 g mit 1,0 Acid. citr. nehmen, nach jeder der anderen 2 Mahlzeiten entweder einen Esslöffel Vinum Gentianae oder ebenfalls einen Esslöffel von: Tinct. Nuc. vomic. 5,0, Gutt. amar. Beaumè und Tinct. Gent. āā 10,0, Tinct. Rhei camphorat. und Aq. laurocerasi āā 20,0 in 35,0 Aq. Menthae. (Riforma medica.)

(Bei verschiedenen Erkrankungen des Mundes und der Zähne) empfiehlt Viau folgende Behandlungsarten. Bei Alveolar-Abscessen mit starker Schwellung soll mit einer Lösung von 3,0 Jodkalium und 1,0 Chloroform auf 20 Aq. Lauri reg. und 250 dest. Wasser lauwarm gegurgelt werden; auch eine Lösung von Salol und Menthol āā 4 und 3,0 Chloroform auf 400 Wasser kann — ebenfalls lauwarm — angewendet werden; das Zahnfleisch ist mit einer Mischung von Tinct. Jodi und Tinct. Aconiti āā 4,0 mit Chloroform und Tinct. Benzoin. āā 1,0 zu bepinseln. Bei Atonie des Zahnfleisches empfiehlt sich als Zahnpulver eine Mischung von 2,0 Salol auf Pulvis Chinae und präcip. Kreide āā 10,0 mit Zusatz von Minzenessenz, oder 10,0 Kohle mit Magnesia und China āā 5,0 und Salol und Resorcin āā 1,0 oder endlich als Zahntinctur eine Lösung von 1,0 Salol in 100 g 90proc. Alkohol mit Zusatz von Rosen- und Minzenessenz und Cochenille-Tinctur. Bei Gingivitis aphthosa sollen Bepinselungen mit 0,25 Salol und 0,5 Cocain in 15,0 Glycerin gelöst verwendet werden, oder die Aphthen sind mit einer Lösung von 5,0 Borax und 2,0 Tannin in 60,0 Glycerin zu betupfen. Bei erythematöser Gingivitis sind als Gurgelwässer zu empfehlen: 2,0 Tinct. Ratanh., 3,0 T. Chamomill. und 90,0 Tinct. Myrrhae mit 0,2 Thymol. — ein Kaffeelöffel in einem Glas Wasser, halbstündlich — oder Tinct. Ratanh. und Tinct. Myrrhae āā 5,0 mit 1,0 Jodtinctur — einige Tropfen in einem Glas Wasser. Bei schmerzhafter Gingivitis sind Bepinselungen mit 3,0 Jodtinctur auf 5,0 Glycerin mit 1,0 Carbolsäure vorzunehmen. Bei Periodontitis expulsiva ist nach dem Reinigen der Zähne ein Mundwasser aus 0,5 Menthol, 0,3 Carbolsäure, 20,0 Alkohol und 500 Wasser anzuwenden. Bei Stomatitis sind Gurgelungen mit 2,0 Salol, 5,0 Kal. chlor. und 1,0 Chloralhydrat auf 250 Wasser vorzunehmen, oder eine Lösung von 1,0 Borsäure, 0,75 Kal. chlor., 0,15 Succus Citri und 0,1 Glycerin anzuwenden. Bei Blutungen nach Zahn- und Zahnfleischoperationen wird die Anwendung einer Mischung von 10,0 Carbolsäure und je 5,0 Gerb- und Benzoesäure auf 100 Collodium empfohlen.

(Journ. de méd. et de chir. prat. 1893 II, nach Rif. med. 1893 III, No. 5.)

(Gegen Warzen) empfiehlt Vidal tägliche Bepinselungen mit Salicylsäure und 90proc. Alkohol āā 1,0, Aether sulf. 1,5 und 5,0 Collodium. (Rif. med. 1893 III, No. 13.)

(Bei Uterusvorfällen) bei Frauen der arbeitenden Classen, bei welchen andere Behandlungsmethoden nicht angängig sind, empfiehlt Datzenko die Einführung von Wattetampons, die in 4proc. Eisenchlorid-Glycerinlösung getaucht sind. Die Tampons können von den Frauen selbst eingeführt werden; sie sind jeden Morgen einzuführen und Abends zu entfernen und hierauf, sowie vor Einführung des Tampons eine reinigende Ausspülung der Scheide vorzunehmen. Während des Tages muss eine T-Binde getragen werden. Bei dieser einfachen Behandlung schwinden die Schmerzen und die Exulcerationen heilen und es ist den Frauen möglich, ihrer Arbeit nachzugehen. (Rif. med. 1893 III, No. 16.)

(Behandlung der Kinderkrämpfe.) Jules Simon räth vor Allem, den Verdauungskanal zu entlasten durch einen Einlauf oder durch einen Reiz am Zäpfchen, um Erbrechen hervorzurufen. Hört der Anfall dann nicht auf, Inhalationen von Aether oder Chloroform. Im Falle eines schweren und lange dauernden Anfalles soll der Arzt selbst ein warmes Bad geben und für Ableitung auf den Nacken oder Epigastrium durch ein Vesicans von geringer Ausdehnung, das 3 Stunden liegen bleibe, sorgen; beginnt Blasenbildung, Ersatz des Vesicans durch einen feuchtwarmen Umschlag. Entweder per os oder als Clysma gebe man folgende antispasmodische Mischung:

Chloralhydrat.
Kal. bromat. āā 1,0
Tinctur. Moschi
— Aconiti āā 10,0
Infus. fol. Aurantii 100,0

(Bullet. Med. Nr. 65.) St.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 22. August. Die Vorlage für das Gesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, wird dem Vernehmen nach zur Zeit einer vollständigen Umarbeitung unterzogen und zwar unter Berücksichtigung der inzwischen aus der ärztlichen Welt hervorgegangenen Bedenken. Man hat vielfach die nochmalige Unterbreitung des Entwurfes an die bestehenden ärztlichen Vertretungen gewünscht, doch ist noch nicht entschieden, ob diese Unterbreitung stattfinden wird; dagegen ist es nicht ausgeschlossen, dass eine so frühzeitige Veröffentlichung des Entwurfes erfolgt, dass eine allgemeine Kenntnissnahme und öffentliche Beurtheilung dieses so wichtigen Gesetzes ermöglicht wird.

— Zu Mitgliedern des kaiserl. Gesundheitsamtes wurden der ord. Professor an der Universität Berlin, Dr. Fischer, der Medicinalrath Dr. Reincke in Hamburg, Mitglied des hamburgischen Medicinalcollegiums und der Apotheker Dr. Schacht in Berlin, pharmaceutischer Assessor beim Medicinalcollegium, berufen.

— Cholera-Nachrichten. Am 5. August ist in Berlin ein Arbeiter an Cholera gestorben, in den nächstfolgenden Tagen sind 3 weitere Personen, die mit dem zuerst Verstorbenen verkehrt hatten, ebenfalls an Cholera erkrankt und eine derselben, eine Frau, am 15. VIII. gestorben. Als Infectionsquelle werden Nahrungsmittel, welche aus Polen gesandt worden waren, bezeichnet.

In Galizien hat sich ein Choleraherd im Bezirke Nordworna gebildet und wurde als solcher im Sinne der Beschlüsse der Dresdener Conferenz erklärt. Bis 15. August waren Cholerafälle gemeldet im District Delatyn 13 Erkr. (6 Todesf.), Mikuliczyn 12 (5), Dobrotwor am 13. Aug. 7 (3), ferner einzelne Fälle aus den Gemeinden Tulukow, Jablonica, Belzec u. s. w. Auch in den ungarischen Comitaten Szatmar, Szolnok-Doboka, Beregh, Ugocsa und Marmaros wurden Cholera- bezw. choleraverdächtige Fälle gemeldet.

In Neapel, ebenso in Oberitalien (Alessandria und Umgebung), endlich in Südfrankreich werden fortwährend Cholerafälle constatirt; in Neapel vom 15. auf 16. August 11 Erkr. (8 Todesf.). Ein Cholerafall ereignete sich auf einem von Cherbourg nach Rochester segelnden Schiff am 2. August und ein choleraverdächtiger Sterbefall in Grimsby auf einem von Antwerpen angekommenen dänischen Dampfer.

Sehr starke Epidemien herrschen augenblicklich wieder in Russland, In der Zeit vom 22. bis 28. Juli sind folgende Choleraerkrankungen (— Sterbefälle) zur amtlichen Kenntniss gelangt:

Gouv.	Podolien	vom	9.—22. Juli	1165	(350)
„	Bessarabien	„	9.—15. Juli	37	(17)
„	Kursk	„	9.—15. Juli	19	(7)
Stadt	Orel	„	16.—22. Juli	97	(33)
Gouv.	Orel	„	16.—22. Juli	137	(58)
„	Tula	„	16.—22. Juli	85	(20)
Stadt	Moskau	„	16.—22. Juli	92	(23)
„	Moskau	„	9.—15. Juli	9	(4)
„	Rjasan	„	9.—14. Juli	7	(2)
„	Saratow	„	9.—15. Juli	13	(3)
„	Simbirsk	„	16.—22. Juli	7	(1)
„	Samara	„	9.—15. Juli	14	(4)
„	Kasan	„	desgl.	2	(1)
„	Wjatka	„	16.—22. Juli	9	(6)
„	Ufa	„	desgl.	2	(1)
„	Dongebiet	„	21.—23. Juli	3	(1)

In Bialystock kamen vom 22. Juli bis 4. August 137 Erkrankungen (38 Todesfälle) vor; in Rostow am Don am 9. Aug. (40) 20, in Moskau vom 24.—30. Juli 85 (38).

Die politischen Zeitungen bringen für die letztvergangenen Tage weitere Mittheilungen, wonach die Cholera in Russland noch bedeutend an Ausdehnung zunimmt, namentlich auch in Polen nach Westen vorrückt.

Ein weiterer epidemischer Ausbruch der Cholera ist im Stromgebiet der untern Donau erfolgt. In Braila, in Sulina, Galacz kamen Cholerafälle vor.

Die Epidemie in Mekka ist dagegen ihrem Erlöschen nahe. Unter den in der Quarantänestation El Tor untergebrachten Mekkapilgern sind vom 5.—13. Juli 103 Choleraerkrankungen (66 Todesfälle) festgestellt worden. Die Station selbst ist überfüllt, die Verpflegung höchst mangelhaft. P.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 31. Jahreswoche, vom 30. Juli bis 5. August 1893, die geringste Sterblichkeit Metz mit 15,6, die grösste Sterblichkeit Rixdorf mit 69,9 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Scharlach in Fürth, an Diphtherie und Croup in Bromberg, Remscheid, Rostock, Stuttgart.

— Ueber die weiblichen Studirenden der Medicin berichtet Dr. Laskowski, Professor der Anatomie in Genf, folgendes: „Die an der Genfer Universität Medicin studirenden Polinnen zeichnen sich durch Fleiss aus, der aber nicht immer einen günstigen Erfolg erzielen lässt, u. zw. wegen Mangels einer genügenden Vorbereitung. Der grössere Theil der Studentinnen kämpft ausserdem mit schwerem Mangel an materiellen Mitteln, was ebenfalls schädlich auf den Verlauf der Studien einwirken muss. Seit 17 Jahren waren an der Genfer medicinischen Facultät 50 Polinnen und 125 Frauen anderer Nationalität, vorwiegend Jüdinnen aus Russland, eingeschrieben. Von diesen 50 Polinnen haben aber nur zwei an der Genfer Universität sich das Doctordiplom erworben, während zwei Andere sich nach Paris begaben, um daselbst ihre Studien zu vollenden. Von den 125 Frauen anderer Nationalitäten haben nur 10 den Doctorgrad erworben und von diesen 10 ist wieder eine gestorben, zwei heiratheten und gaben die Praxis auf, drei erfreuen sich eines gewissen Rufes, während vier blos kärglich vegetiren. Ich glaube nicht, dass ein solches Percent für die zukünftigen Candidatinnen der Medicin ein aufmunterndes ist; so und nicht anders gestalten sich aber die Verhältnisse."

— In Linz hat sich ein Actionscomité zum Zwecke der Errichtung einer medicinischen Facultät gebildet.

— Der k. Bezirksarzt zu Weiden, Medicinalrath Dr. Tuppert, feiert am 23. August sein 50jähriges Doctorjubiläum.

— Geh. Sanitätsrath Dr. Heinr. Hofmann in Frankfurt a./M. feierte sein 60jähriges (nicht 50jähriges, wie es in vor. Nr. hiess) Doctorjubiläum.

— Der in München lebende Arzt und Ornithologe Dr. Paul Leverkühn wurde von Prinz Ferdinand von Bulgarien zum Director der wissenschaftlichen Sammlungen und der Bibliothek nach Sofia berufen.

— In Berlin gelang es der Polizei eine frühere Hebamme zu verhaften, die in ganz Deutschland „Geschäftsverbindungen" anzuknüpfen verstanden hatte. Das genau geführte „Geschäftsbuch" mit den Namen aller „Behandelten" ist in den Händen der Criminalpolizei.

(Universitäts-Nachrichten.) **Berlin.** Die Privatdocenten Dr. v. Noorden, Assistent der zweiten medicinischen Klinik in der Charité, und Dr. Hermann Oppenheim, früherer Assistent der Station für Nervenkrankheiten in der Charité, haben den Professortitel erhalten. — **Bonn.** Der Geh. Medicinalrath Professor Dr. Finkelnburg beging am 16. d. Mts. die Feier seines 40jährigen Doctorjubiläums. Wie verlautet gedenkt der verdiente Hygieniker im Herbst sein Lehramt niederzulegen. — **Heidelberg.** Der Privatdocent Dr. P. Ernst wurde zum ausserordentlichen Professor für pathologische Anatomie ernannt. — **Jena.** Privatdocent Dr. R. Neumeister wurde zum ausserordentlichen Professor für physiologische Chemie ernannt. — **München.** Der Privatdocent der Botanik an der Universität, Dr. Oscar Löw hat einen Ruf als Professor der Botanik nach Tokio erhalten und angenommen.

Amsterdam. Dr. Burger habilitirte sich für Laryngologie und Rhinologie. — **Bologna.** Der Privatdocent für Orthopädie Dr. Panzeri ist von Pavia hieher übergesiedelt. Dr. Cantalamessa hat sich für specielle Pathologie und Therapie habilitirt. — **Catania.** Dr. Misuraca, bisher Privatdocent für gerichtliche Medicin in Palermo, ist hieher übergesiedelt. — **Charkow.** Der Professor der Pharmakologie Dr. Zalesky ist zurückgetreten. — **Florenz.** Der Privatdocent für Dermatologie und Syphilopathologie Dr. Marianelli, bisher in Pisa, ist hieher übergesiedelt. — **Genua.** Als Privatdocenten habilitirten sich Dr. M. Casini für topographische und chirurgische Anatomie und Dr. A. Cioja für Geburtshülfe und Gynäkologie. — **Nancy.** Dem Professor der Histologie Dr. Baraban wurde auf sein Ansuchen der Lehrstuhl für pathologische Anatomie übertragen. — **Neapel.** Als Privatdocenten haben sich habilitirt Dr. Mauro und Dr. Antonelli für Augenheilkunde, Dr. Stanziale für Dermatologie und Syphilopathologie, Dr. Traversa für experimentelle Pharmakologie und Materia medica und Dr. G. Fornario für Neurologie und Psychiatrie. — **Palermo.** Dr. S. Marino hat sich als Privatdocent für specielle Pathologie und propädeutische Klinik habilitirt. Der ausserordentliche Professor A. Marcacci wurde zum Ordinarius für Physiologie befördert. — **Pavia.** Privatdocent Dr. Giampietro, bisher Privatdocent für Otiatrie zu Neapel, ist hieher übergesiedelt. — **Rom.** Dr. Moschen hat sich für Anthropologie und Dr. Montemartini für physiologische Chemie habilitirt.

(Todesfälle.) In Breslau starb am 14. August der ausserordentliche Professor Dr. J. Sommerbrodt, bekannt durch seine Arbeiten über Sphygmographie und durch die Construction eines Sphygmographen mit regulirbarer Belastung, sowie durch seine Arbeiten über die Kreosot-Therapie der Lungentuberculose.

Am 16. August starb ganz plötzlich auf seiner Besitzung zu Mowan der gefeiertste der Neuropathologen Frankreichs, Jean Martin Charcot, Professor der Klinik für Nervenkrankheiten an der Salpetrière zu Paris. Charcot ist 1825 zu Paris geboren, wurde 1860 ausserordentlicher Professor, 1862 Arzt an der Salpetrière, 1873 Professor der pathologischen Anatomie und hat seit 1882 den eigens für ihn geschaffenen Lehrstuhl an der Klinik für Nervenkrankheiten inne. Seine Forschungen auf dem Gebiete der Neuropathologie, besonders über amyotrophische Seitenstrangsklerose, über Tabes, multiple Sklerose des Gehirns und Rückenmarks, Paralysis agitans, zuletzt besonders über die Hysterie und ihre verwandten Zustände, Katalepsie, Lethargie, Hystero-Epilepsie, Ovarie etc. sind allseitig bekannt und wurden bahnbrechend und grundlegend in dem von ihm gepflegten und bearbeiteten Gebiete der Nervenkrankheiten. Wir müssen uns vorbehalten, in ausführlicher Weise auf die wissenschaftliche Thätigkeit dieses hervorragenden Mannes, dessen Tod ein schwerer Verlust für die Pariser Facultät ist, zurückzukommen.

Zu Paris starb am 16. August der Psychiater Dr. A. E. Blanche, dirigirender Arzt des von seinem Vater E. S. Blanche, dem Schüler und Mitarbeiter Pinel's begründeten Asyls zu Passy.

Zu Marburg starb am 17. August Professor Cramer, Director der dortigen Irrenanstalt, im 62. Lebensjahre.

Zu Belfast starb der Professor für Geburtshilfe am Queen's College Dr. R. Foster Dill.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassung. Adolph Meyn, appr. 1893, Assistenzarzt am Dr. v. Hauner'schen Kinderspitale in München.

Befördert. Zum Stabsarzt in der Landwehr 1. Aufgebots der Assistenzarzt I. Cl. Dr. Eugen Siebert (Landau); zu Assistenzärzten I. Cl.: in der Reserve die Assistenzärzte II. Cl. Dr. Heinrich Wendland und Dr. Otto Hartenfeld (Ansbach), Dr. Alfred Prinzing (I. München), Dr. Leonhard Rosenfeld (Nürnberg), Dr. Carl Englberger (Ingolstadt), Dr. Carl Lukas (I. München) und Dr. Rudolf Schmidt (II. München); in der Landwehr 1. Aufgebots die Assistenzärzte II. Cl. Dr. Bendix Ikenberg (Würzburg), Dr. Bernhard Reiter (Kissingen), Johann Thomsen (Kitzingen), Dr. Carl Sing (Mindelheim) und Dr. Wilhelm Zizold (Kaiserslautern); zu Assistenzärzten II. Cl. in der Reserve die Unterärzte der Reserve Gottfried Fassold (I. München), Dr. Jakob Runck (Zweibrücken), Dr. Paul Zacke (Erlangen), Dr. Franz Vay (Würzburg), Dr. Eduard Hofmann (Kissingen), Dr. Friedrich Dielmann, Dr. Albrecht Völckers und Friedrich Dienst (I. München).

Gestorben. Dr. Gottfried Lammert, Bezirksarzt I. Cl. beim k. Bezirksamte Regensburg.

Erledigt. Die Bezirksarztesstelle I. Cl. beim k. Bezirksamte Regensburg. Bewerbungstermin: 31. August d. Js.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 32. Jahreswoche vom 6. bis 12. August 1893.

Betheil. Aerzte 355. — Brechdurchfall 71 (81*), Diphtherie, Croup 34 (26), Erysipelas 9 (16), Intermittens, Neuralgia interm. — (1), Kindbettfieber 2 (2), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 46 (88), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 6 (7), Parotitis epidemica 1 (4), Pneumonia crouposa 13 (5), Pyaemie, Septicaemie 1 (—), Rheumatismus art. ac. 30 (24), Ruhr (dysenteria) 1 (—), Scarlatina 21 (27), Tussis convulsiva 3 (1), Typhus abdominalis Civilbevölkerung 2 (3) Militär — (4), Varicellen 8 (3), Variola — (—). Summa 298 (294).

Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 32. Jahreswoche vom 6. bis 12. August 1893.

Bevölkerungszahl 380,000.

Todesursachen: Pocken — (—*), Masern 4 (5), Scharlach 1 (1), Rothlauf — (—), Diphtherie und Croup 7 (5), Keuchhusten 1 (—), Unterleibstyphus 2**) (4), Brechdurchfall 28 (16), Ruhr — (—), Kindbettfieber — (1), Croupöse Lungenentzündung 4 (2), Genickkrampf — (—), Blutvergiftung — (—), Acut. Gelenkrheumatismus — (2), andere übertragbare Krankheiten 1 (1).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 204 (213), der Tagesdurchschnitt 29.1 (30.4). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 27.9 (29.2), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 12.2 (13.7), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 10.2 (12.5).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.
**) 2 Militärperson im Garnisonslazareth.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.